



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Psicología

Escuela Profesional de Psicología

**Relación entre satisfacción familiar y estrés parental
en madres de hijos hospitalizados en el servicio de
Neonatología (UCI) del Instituto Nacional Materno
Perinatal**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Psicóloga

AUTOR

Jessica Imelda RAMOS REYES

ASESOR

Dra. Rosa Elena HUERTA ROSALES

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Ramos, J. (2019). *Relación entre satisfacción familiar y estrés parental en madres de hijos hospitalizados en el servicio de Neonatología (UCI) del Instituto Nacional Materno Perinatal*. Tesis para optar el título profesional de Psicóloga. Escuela Profesional de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código Orcid del autor (dato opcional): 0000-0002-6321-8213

Código Orcid del asesor o asesores (dato obligatorio): 0000-0002-9197-6249

DNI del autor: 43052768

Grupo de investigación: PSICOGEN

Institución que financia parcial o totalmente la investigación: AUTOFINANCIADA

Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación. Debe incluir localidades y coordenadas geográficas:

El Instituto Nacional Materno Perinatal se encuentra ubicado en el distrito de Lima-Cercado Barrios Altos, en la provincia y departamento de Lima. Se encuentra limitado por el Norte con el Jr. Huanta, por el Sur con el Jr. Cangallo, por el Oeste con el Jr. Miroquesada y por el Este con el Jr. Huallaga.

DIRECCIÓN: Jirón Miro Quesada 941.

Año o rango de años que la investigación abarcó:

Inicio: 07/2017

Finalización: 07/2019



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Escuela Profesional de Psicología
Calle Germán Amézaga N.º 375, Lima (Ciudad Universitaria)
Central Telefónica 6197000, anexo 3213, fax 3209

ACTA

Siendo las 14:00 horas del día 16 de setiembre del 2019, se dieron cita en el Auditorio del Pabellón de la Facultad de Psicología, bajo la presidencia del Mg. **CARLOS VELASQUEZ CENTENO**, los catedráticos Miembros del Jurado que suscriben la presente Acta y la postulante al Título Profesional de Psicóloga, Bachiller **RAMOS REYES, JESSICA IMELDA** quien a invitación del Presidente expuso y sustentó su trabajo de tesis titulado: “**RELACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN FAMILIAR Y ESTRÉS PARENTAL EN MADRES DE HIJOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA (UCI) DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL**”, al concluir con la sustentación absolvió las preguntas pertinentes.

Finalizando el examen, el Presidente del Jurado invitó a la postulante y asistentes a retirarse del recinto para dar inicio a la deliberación evaluativa; a su término cada Miembro del Jurado hizo entrega al Presidente en sobre cerrado sus respectivas calificaciones, habiendo obtenido la postulante al Título Profesional de Psicóloga el promedio de:

Dieciocho (18)

SOBRESALIENTE

Seguidamente, el Presidente del Jurado invitó al salón de grados, tanto a la postulante como a los asistentes a fin de comunicarle el resultado obtenido en el presente proceso.

El Jurado dispuso que se extendiera la presente acta como constancia del Examen de Titulación por la modalidad de Presentación y Sustentación de Tesis.

Mg. CARLOS VELASQUEZ CENTENO
PRESIDENTE

Dra. ROSA ELENA HUERTA ROSALES
ASESORA

Dra. NATALIA RAMIREZ SAENZ
MIEMBRO

Psic. RENATO SANTIVALEZ OLULO
MIEMBRO

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a mis padres y tías por su constante empuje y motivación que siempre me brindaron día a día en el transcurso de este proceso universitario.

A mi asesora la Dra. Rosa Elena Huerta Rosales, que fue un apoyo fundamental en la elaboración de la presente tesis, así como también haberme dado la oportunidad e incentivado en mí el interés por la investigación.

A mi colega Ps. David Villarreal Zegarra y a todo el equipo del servicio de Psicología del Instituto Nacional Materno Perinatal por haberme mostrado su apoyo y respaldo para el desarrollo del presente trabajo.

Finalmente, a mis colegas Ps. Edith Mallma Valencia, Ps. Milagros Sam Quesquén, Ps. Ángela Gozme Flores y Ps. Ángel Paz Jesús por su amistad y apoyo moral en todo momento a lo largo de este proceso.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE FIGURAS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Sustentación del problema	12
1.2 Justificación.....	15
1.2.1 Justificación teórica	15
1.2.2 Justificación práctica	16
1.3 Objetivos.....	17
1.4 Limitaciones.....	17
MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 ANTECEDENTES	19
2.1.1 A nivel nacional	19
2.1.2 A nivel internacional.....	20
2.2 BASES TEÓRICAS.....	23
2.2.1 ESTRÉS	23
2.2.2 SATISFACCIÓN FAMILIAR.....	33
2.3 HIPÓTESIS	40
2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y CONCEPTOS	41
2.4.1 ESTRÉS	41
2.4.2 ESTRÉS PARENTAL	41

2.4.3	FACTORES AMBIENTALES DE LA UCIN	41
2.4.4	SATISFACCIÓN FAMILIAR.....	42
	MÉTODO.....	43
3.1	Tipo de investigación y diseño.....	43
3.2	Variables de estudio	43
3.3	Variables de comparación	43
3.4	Población y muestra	44
3.5	Instrumentos y materiales.....	47
3.6	Procedimiento	52
	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	53
4.1	Análisis descriptivo	53
4.2	Análisis inferencial.....	64
	DISCUSIÓN.....	71
	CONCLUSIONES	77
	RECOMENDACIONES	79
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
	ANEXOS	88

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra	44
Tabla 2 Frecuencia de grado de instrucción según unidad de hospitalización	45
Tabla 3 Frecuencia de nivel socioeconómico según unidad de hospitalización	45
Tabla 4 Índice de consistencia interna mediante alfa de Cronbach para la Escala estrés parental	49
Tabla 5 Correlación ítem – test para la Escala de estrés parental	49
Tabla 6 Índice de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach para la Escala de satisfacción familiar	51
Tabla 7 Correlación ítem – test para la Escala de satisfacción familiar	51
Tabla 8 Estadísticos para Estrés parental y sus dimensiones	53
Tabla 9 Aspectos y sonidos de la unidad	54
Tabla 10 Apariencia y conducta del niño	55
Tabla 11 Relación con el niño y papel de padres	55
Tabla 12 Conducta y comunicación con el personal	56
Tabla 13 Estrés parental según unidad de hospitalización	57

Tabla 14	57
Aspectos y sonidos de la unidad según unidad de hospitalización	
Tabla 15	58
Apariencia y conducta del niño según unidad de hospitalización	
Tabla 16	59
Relación con el niño y papel de padres según unidad de hospitalización	
Tabla 17	60
Conducta y comunicación con el personal según unidad de hospitalización	
Tabla 18	61
Nivel de satisfacción familiar según unidad de servicio de hospitalización	
Tabla 19	61
Satisfacción familiar	
Tabla 20	62
Satisfacción familiar según unidad de hospitalización	
Tabla 21	63
Estadísticos para Satisfacción familiar	
Tabla 22	63
Prueba de normalidad para las variables analizadas mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov	
Tabla 23	64
Correlación entre Estrés parental y Satisfacción familiar	
Tabla 24	64
Correlación entre Aspectos y sonidos de la unidad y Satisfacción familiar	
Tabla 25	65
Correlación entre Apariencia y conducta del niño y Satisfacción familiar	
Tabla 26	65
Correlación entre Relación con el niño y papel de padres y Satisfacción familiar	
Tabla 27	66
Correlación entre Conducta y comunicación con el personal y Satisfacción familiar	
Tabla 28	66
Diferencia en el Estrés parental según tiempo de hospitalización	
Tabla 29	67
Diferencia en dimensiones del Estrés parental según edad	
Tabla 30	67
Diferencia en dimensiones del Estrés parental según grado de instrucción	

Tabla 31	68
Diferencia en la Satisfacción familiar según tiempo de hospitalización	
Tabla 32	68
Diferencia en la Satisfacción familiar según edad	
Tabla 33	69
Diferencia en la Satisfacción familiar según grado de instrucción	
Tabla 34	69
Correlación entre Estrés parental y Satisfacción familiar según unidad de servicio de hospitalización	
Tabla 35	70
Diferencia en el Estrés parental según unidad de servicio de hospitalización	
Tabla 36	70
Diferencia en la satisfacción familiar según unidad de servicio de hospitalización	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	26
Fases de la aproximación mediacional cognitiva del modelo de Lazarus y Folkman (1984)	
Figura 2	29
Modelo de Sistemas de Neuman (1995)	
Figura 3	31
Modelo explicativo sobre estrés parental propuesto por Abidin (1995)	
Figura 4	46
Frecuencia de número de hijos según unidad de hospitalización	
Figura 5	54
Frecuencia general de Estrés Parental	
Figura 6	95
Datos normativos de la Escala de Satisfacción Familiar (Villarreal, 2017)	

RESUMEN

La hospitalización de un neonato y la transformación en la dinámica familiar después del nacimiento son eventos que se presentan simultáneamente que en su mayoría son inesperadas y abrumadoras para los progenitores. La presente investigación fue realizada con el objetivo de determinar la relación entre los niveles de la satisfacción familiar y estrés parental en madres de hijos hospitalizados en el servicio de Neonatología (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales e Intermedios I), realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017. Es de tipo descriptivo – correlacional, con un diseño ex post facto, la muestra está compuesta por 150 madres, a quienes se les aplicó el cuestionario de antecedentes sociodemográficos, la Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y la Escala de Satisfacción Familiar. Dentro de los resultados se encuentra la existencia de una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) y directa entre el estrés parental y la satisfacción familiar en el caso de las madres de niños hospitalizados en UCI. En conclusión, se puede decir que los factores ligados con el rol parental como estar en contacto con el recién nacido o el vínculo afectivo son los que más angustian a las madres y por ende incrementan su nivel de estrés.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción familiar, Estrés parental y Servicio de Neonatología.

ABSTRACT

The hospitalization of a newborn and the transformation in family dynamics after birth are simultaneously occurring events that are mostly unexpected and overwhelming for the parents. The present investigation was carried out with the objective of determining the relationship between the levels of family satisfaction and parental stress in mothers of children hospitalized in the Neonatology service (Neonatal Intensive Care Unit and Intermediate Care I), carried out in the National Maternal Perinatal Institute, 2017. It is descriptive - correlational, with an ex post facto design, the sample is composed of 150 mothers, who were applied the questionnaire of sociodemographic background, the Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit and the Scale of Family Satisfaction Within the results, it is found that there is a statistically significant ($p < 0.05$) and direct correlation between parental stress and family satisfaction in the case of mothers of children hospitalized in the ICU. In conclusion, it can be said that the factors linked to the parental role such as being in contact with the newborn or the affective bond are the ones that most distress the mothers and therefore increase their level of stress.

KEY WORDS: Family satisfaction, Parental stress and Neonatology Service.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un nuevo miembro en la familia genera un período de trance emocional en los padres, pareja y demás miembros de la familia, por tanto, en toda la dinámica familiar; ya que implica desgaste no sólo económico sino también emocional. En ocasiones suelen existir complicaciones durante el embarazo o el trabajo de parto, las cuales traen como consecuencia la hospitalización del recién nacido; dicha situación trae consigo sentimientos y un torbellino de emociones que asedian psicológicamente a los padres. Si bien es cierto, el embarazo no es una enfermedad pero cuando alguna situación lo aleja de la normalidad, las emociones se transforman de manera compleja. Todo ello, implica aceptar y adaptarse a una situación, que muchas veces se presenta con un futuro incierto.

Un bebé que nace antes del término tiene más probabilidades de tener sus pulmones inmaduros y necesitará una asistencia respiratoria mecánica así como una internación en la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Según Jiménez et al. (2003), en el servicio de neonatología el recién nacido atendido en la UCIN comienza la adaptación a su vida extrauterina en un entorno lleno de sonidos, alta iluminación y movimiento. Si bien el bebé puede tardar entre semanas y meses para adaptarse a los patrones día-noche que permiten los esquemas familiares e institucionales, se encuentran con mayores dificultades al respecto debido a la atención por el tema de prematuridad, inmadurez neurológica y la experiencia de cuidados especiales.

La vida de los padres con un hijo en internación no es para nada sencilla. Muchas veces, el concurrir todos los días al hospital o a la clínica para darle a su bebé la leche que se ha extraído así como para cuidarlo, resulta una situación cansada desde el punto de vista físico y emocional, los obliga a convivir con otras madres y padres que tienen hijos en mejor o peor

condición, así como a recibir información de parte de los médicos que no siempre serán alentadores.

Los estudios demuestran que la calidad de las relaciones familiares tiene un gran impacto en la calidad de vida de las personas, además que son un factor protector ante cualquier trastorno psicológico y un buen indicador de la salud mental (Páramo, 2011).

Al hablar del mundo hospitalario relacionado con la UCIN, es tratar de poder entender la situación de la madre y su familia sumergida en una doble crisis, por un lado está la propia maternidad y por otro está la internación no prevista. Por lo general, en la familia se observan manifestaciones de dolor que produce acompañar a un niño enfermo, dicha situación, no necesariamente produce niveles de estrés inmanejables; el estrés es el resultante del significado atribuido a esos sucesos y de la forma como los mismos se evalúan.

Por lo tanto, dada la importancia que tiene la familia en este caso de un neonato en estado crítico es relevante estudiar la relación que existe entre la satisfacción familiar y el estrés que pueda estar manifestando las madres, se busca analizar dicha relación, para un mejor entendimiento, la presente investigación se dividió en cuatro capítulos. En el primer capítulo se presenta el planteamiento del problema y objetivos. Posteriormente, en el segundo capítulo se hace una revisión de diversos estudios previos que brindan evidencia científica del tema, asimismo se aborda de manera general el estrés parental desde una perspectiva psicológica y por otro lado el modelo circunplejo familiar para poder entender la definición de satisfacción familiar. En el tercer capítulo, se describe la metodología de la investigación, detallando el tipo y diseño del estudio, muestra, procedimiento y análisis de datos. Por otra parte, el cuarto capítulo se centra en el análisis e interpretación de resultados, así como la discusión de estos. Por último, se muestran las conclusiones y recomendaciones. Cabe señalar que la información plasmada en el estudio tiene relevancia en el contexto clínico, puesto que busca aportar y respaldar la relevancia de la intervención en los padres para una mejor adaptación en la hospitalización del hijo, colaborando de esta manera a la disminución de factores generadores de estrés que afectan no sólo al niño sino también a los progenitores.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Sustentación del problema

En nuestro país, muchas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) presentan una problemática alarmante en relación a la infraestructura y tecnología para la demanda de neonatos que tienen a su cargo en el día a día (Dávila y Estacio, 2012).

El ministerio de salud para solucionar dicha problemática plantea dos opciones, por un lado tener mayor número de UCIN en Lima, alternativa que resulta no ser tan viable, o emprender la prevención de partos pre términos (Garro, 2011). En el 2004, el ministerio de salud informó una incidencia de prematuridad en sus establecimientos de 3,4 por 1000 nacidos vivos (Oliveros y Chirinos, 2008).

A pesar de todo ello, el servicio de neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, es uno de los más importantes referentes locales con el que se cuenta, atiende las necesidades sanitarias asistenciales de los neonatos en alto riesgo con pronóstico reservado, en su mayoría son recién nacidos pretérminos y/o críticamente enfermos por dificultades de respiración, infecciones o malformaciones del nacimiento. Muchos de los niños, debido a su condición clínica en gran medida agotan sus recursos para reaccionar a los estímulos externos, dolor, malestar general, quedando muy poca energía para interactuar con sus padres. Por todo ello, es considerado un entorno que podría llegar a percibirse como estresante para las personas involucradas, es decir padres, familia y personal de salud, personas que en su conjunto serían una población vulnerable en dicha situación.

Las anomalías que puede presentar el recién nacido afectan sensiblemente la actitud de las madres, ya que destruyen la idea de una gestación normal, generando pensamientos

funestos relacionados con la prematuridad, la hospitalización, las operaciones o incluso la muerte del bebé (Campos, 2017).

Según González, Ballesteros y Serrano (2012), la hospitalización de un recién nacido en la UCIN suele ser una causa de angustia para las madres por todo lo que implica dicho proceso. En ocasiones se ha visto que las madres que enfrentan la internalización hospitalaria de su hijo presentan resistencia ante tal hecho, impidiendo la adaptación de ellas ante dicha situación (Oberman, 2013). El comportamiento de los padres puede verse afectado, pudiendo mostrar menos sensibilidad a las respuestas del bebé, ser sobreestimulantes o más intrusivos (Villanova, Eimil, Cuéllas y Palacios, 2013).

Para Gallegos, Reyes y Silvan (2013), el dolor de los padres se vincula con el concepto de representación, considerando que cuando esas representaciones sobre el bebé y sí mismas están desorganizadas, el desarrollo vincular tiene un pronóstico negativo. Herreros (2015), plantea que las condiciones médicas del neonato funcionan como un factor influyente en la forma de afrontar de los padres, si esta situación resulta ser desfavorable o incierta, las dudas y miedo de estos se incrementarán, lo que va a generar en ellos estrés o comorbilidades con ansiedad o depresión. Existe además, un gran gasto emocional y muchas veces financiera, en el caso de las hospitalizaciones largas, sobre todo si no se cuenta con algún tipo de seguro social (Dávila y Estacio, 2012).

Algunos investigadores como Vera, Cruz y Pérez (2009), afirman que el estrés de los padres es un punto crucial a tratar, por su posible efecto sobre el desarrollo de los niños, confirmando la importancia del papel de la familia para la recuperación de los niños en situación de riesgo o con alteración en el neurodesarrollo, lo cual implicaría que pueda servirles como sistemas de afrontamiento y apoyo. Para poder entender la dinámica social es necesario estudiar a la familia, postulado que se basa en diversas investigaciones que sustentan la relación entre las diferentes problemáticas sociales actuales y la dinámica familiar (Iraurgi, Sanz y Martínez, 2004).

Definitivamente, nada puede preparar psicológicamente a los padres o toda una familia para el nacimiento de un hijo(a), cuando este llegue antes del tiempo esperado. La preocupación, el miedo y a menudo la culpa suelen unirse inevitablemente en una mezcla de emociones muy difíciles de procesar, en una etapa después al parto que de por sí es considerada psíquicamente vulnerable por naturaleza (Oberman, 2005).

Otro de los factores estresantes a parte de la condición médica es la transformación que existe en la dinámica familiar después del nacimiento ya que se presentan

simultáneamente situaciones que en su mayoría son inesperadas y abrumadoras para los progenitores (Aguñaga, Reynaga y Beltrán, 2016). La incorporación de un hijo en la relación de pareja puede tener un impacto muy relevante en el aspecto físico y emocional, en muchos casos, la satisfacción de pareja como tal, comienza a disminuir después del nacimiento del hijo, debido a que tienen menos tiempo para estar solos, las demandas de atención se incrementan, entre otros (Moreno, 2015).

En otras palabras la hospitalización de un bebé en UCIN, trae en consecuencia dos factores generadores de estrés, por un lado la transformación de la dinámica en la familia, afectando la satisfacción familiar y por otro la experiencia de dolor por la internalización de un recién nacido prematuro (Gallegos, Reyes y Silvan, 2013).

Si bien es cierto, muchos contextos familiares, funcionan como factor protector, otros sin embargo, son un factor de riesgo, lo cual hace la diferencia en la satisfacción de ellos con respecto al funcionamiento familiar (Cusinato, 1992) y por ende en las acciones que asumirán en situaciones difíciles como el tener un hijo en UCIN .

Las investigaciones demuestran que la calidad de las relaciones familiares tienen un gran impacto en la calidad de vida de las personas, actuando como factor protector ante trastornos psicopatológicos (Páramo, 2011).

Cuando algún miembro de la familia adolece de una enfermedad, muchas veces los miembros de la familia no se perciben a sí mismos como parte de una estructura familiar, debido a ello, la convivencia familiar está marcada por un continuo y alto nivel de estrés (Iraurgi, Sanz y Martínez, 2004).

En la realidad local, se observan padres con dificultades en asumir la demanda emocional que implica el proceso de internalización de su hijo en la UCIN, reflejándose en la dedicación que ponen ellos a las actividades que implica dicho proceso.

Frente a lo anteriormente mencionado nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación que existe entre la satisfacción familiar y el estrés parental en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología (UCIN)?

1.2 Justificación

1.2.1 Justificación teórica

La presente investigación en primer lugar permitirá conocer los efectos adversos que implica la prematuridad en sí, explicado desde un punto de vista psicológico a nivel familiar tomando como base lo planteado por Minuchin y Fishman (1984), ellos refieren que una familia que enfrenta una situación, asume indirectamente cambios en su estructura y dinámica. Si la exposición a dicha situación es prolongada, la familia puede entrar en una crisis en que la transformación tenga por resultado un nivel diferente de funcionamiento. Lo que ocasiona alteraciones en el mismo, por tanto el desarrollo de insatisfacción familiar en sus miembros (Quiroga y Sánchez, 1997).

Por otra parte, en el "Análisis de la situación de los servicios hospitalarios" del Instituto Nacional Materno Perinatal se reportó que en el servicio de neonatología el porcentaje de permanencia del paciente en hospitalización es bastante alto, cercano al 95%, la mayoría de ellos causa de su prematuridad (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2014).

Durante el año 2015, en el Instituto Nacional Materno Perinatal nacieron 16,617 niños y niñas, de los cuales el 9.5% son prematuros, es decir nacieron antes de las 37 semanas de gestación. Del total de prematuros, 285 niños pesaron menos de mil quinientos gramos al nacer y tienen una sobrevida del 69.4%, por su parte los recién nacidos con menos de mil gramos tienen una sobrevida de 44.8% (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015).

En segundo lugar, se pretende brindar otra perspectiva acerca del estrés, apoyándonos en la postura de Moscoso (2009), el cual refiere que para comprender dicha condición del ser humano se requiere considerar factores ambientales y estilo de vida. Según Pérez (2014), las diversas aproximaciones al estudio del estrés han considerado la naturaleza, las características y el origen, lo que ha permitido realizar un mirada más cerca sobre lo que implica el estrés parental, en cuánto a la acumulación de acontecimientos vitales o estrés relacionado al rol.

De manera que, se contextualizará el estudio en base a la comprensión de la parentalidad y cómo esta es influenciada por los mecanismos relacionales dentro del sistema familiar, principalmente desde la percepción que tienen los progenitores sobre el funcionamiento de su familia (Pérez, 2014). Respaldando lo anteriormente dicho, Boullosa (2004) pone de manifiesto que tanto el nacimiento como la hospitalización del hijo prematuro provocan

mayor grado de estrés en las madres debido a la pérdida del rol maternal y la imposibilidad de cuidar a su hijo.

Por tanto, al concluir con la investigación se obtendrá, información nueva respecto a la satisfacción familiar y cómo esta se relacionaría con estrés parental en madres con neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología.

1.2.2 Justificación práctica

En un estudio realizado por Mora y Rojas (2005) deja en evidencia que 58.5% de los casos de madres con hijos prematuros se ubicó en las dimensiones extremas de cohesión familiar y 65.9% en las dimensiones extremas de adaptabilidad familiar, revalidando las apreciaciones respecto a un estilo de funcionamiento familiar problemático.

Resulta indispensable identificar los niveles de estrés parental y su relación con la satisfacción familiar, ya que esto se podría utilizar como orientador para desarrollar proyectos de intervención, promoción y/o prevención en temas relacionados a la familia, centradas en apoyo para lograr la superación de la crisis emocional y por ende mejorar la dinámica familiar.

Además de apoyar la importancia del abordaje psicológico que traten las secuelas dejadas por la exposición a experiencias adversas como el afrontar la hospitalización de un hijo en etapas tempranas de la vida se contribuiría a mejorar tanto el curso del proceso de hospitalización como la dinámica familiar en sí.

Tal como lo manifiestan Martínez y García (2011), es de vital importancia el apoyo a los padres que provienen de un contexto familiar de vulnerabilidad así como de otras circunstancias que pueden influir en su percepción del funcionamiento de la familia a la que pertenecen, como en este caso padres de neonatos hospitalizados que lidian con factores coexistentes como embarazos no deseados, madres solteras o pobreza.

Por último, los resultados contribuirán en gran medida a la revisión de los protocolos de evaluación y guías de práctica clínica psicológica para la atención integral del recién nacido hospitalizado y su familia, así como la inclusión de psicoterapia en aquellas personas con diagnóstico de trastornos psicológicos.

1.3 Objetivos

- General

Determinar la relación entre los niveles de la satisfacción familiar y estrés parental en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.

- Específicos

- Describir y comparar el estrés parental según tiempo de hospitalización del RN, en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Describir y comparar las dimensiones del estrés parental en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología según edad y grado de instrucción.
- Describir y comparar los niveles de la satisfacción familiar según tiempo de hospitalización, en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Describir y comparar los niveles de la satisfacción familiar según edad y grado de instrucción, en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Determinar la relación entre la dimensión factor aspectos y sonidos de la unidad del estrés parental y la satisfacción familiar en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Determinar la relación entre la dimensión apariencia y conducta del niño del estrés parental y la satisfacción familiar en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Determinar la relación entre la dimensión niño y papel de padres del estrés parental y la satisfacción familiar en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Determinar la relación entre la dimensión conducta y comunicación con el personal del estrés parental y la satisfacción familiar en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.

1.4 Limitaciones

La presente investigación cuenta con una muestra de tipo no probabilística, es decir, que fue seleccionada en base a las características que eran pertinentes y útiles para fines prácticos del estudio.

El tipo de estudio así como el diseño que se utilizó en la presente investigación, pretende establecer relación entre las variables mas no precisar causalidad o analizar relación de tipo causal. Debido a ello se han planteado diversas hipótesis correlacionales.

Por lo expuesto anteriormente, se considera que los resultados no pueden ser generalizados para otros contextos, a menos que sea con características similares a la población elegida para el estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 A nivel nacional

Campos (2017) realizó una investigación descriptivo-correlacional, en el cual se centraba en determinar el nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en el servicio de Neonatología en el Hospital José Agurto Tello de Chosica. La muestra fueron 30 madres, se utilizó la entrevista como técnica y la Escala de estrés parental. Dentro de los resultados encontrados fue que el 70% (21) de madres percibieron la hospitalización de sus hijos como una situación moderadamente estresante, 17% (5) extremadamente estresante y 13% (4) poco estresante; así como en cada una de sus dimensiones. Llegando a la conclusión que la mayoría de las madres tienen un nivel de estrés moderado en relación a la presencia de ruidos, bebés enfermos; respecto al rol maternal, la mayor parte de ellas se perciben limitadas en sus funciones.

Banda y Fustamante (2015), hicieron una investigación de tipo descriptiva y correlacional, contaron con la participación de 32 madres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios I del hospital de Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. Los resultados que se obtuvieron fueron

los siguientes: la dimensión aspectos y sonidos de la unidad llegó a ser percibido como un nivel extremadamente estresante (50%), con relación a la dimensión apariencia y conducta del niño como un nivel extremadamente estresante (68,75%), la dimensión relación con el niño y papel de padres como un nivel extremadamente estresante obteniendo un 81,25% y por último la dimensión conducta y comunicación con el profesional genera un nivel extremadamente estresante (62,5%). Se concluye que la dimensión que genera un estrés incrementado fue relacionado con la dimensión niño y papel de madres (76,9%).

Quezada, Zavala y Lenti (2015), realizaron un estudio sobre Satisfacción familiar en mujeres jóvenes, el cual fue descriptivo con una muestra de 85 mujeres de 16 a 24 años, las investigadoras concluyeron que las mujeres que formaron parte del estudio obtuvieron un nivel alto de satisfacción familiar.

Canales y Palomino (2013), realizaron una investigación sobre “Nivel de estrés en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados, Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica”. En dicho estudio se llegó a las siguientes conclusiones: según el nivel de estrés general el 63,3% de las madres presentan estrés excesivo y el 30% estrés moderado. De acuerdo a las dimensiones estudiadas en relación al estrés excesivo que producen, se encuentran el rol de la madre con un 76,67% , el ambiente de la UCIN 46,67%, la comunicación con el personal de salud un 76,76% de estrés moderado al igual que el aspecto del recién nacido con un 56,67%.

2.1.2 A nivel internacional

Aguiñaga, Reynaga y Beltrán (2016) hicieron una investigación de tipo descriptivo - correlacional realizado en la unidad de cuidados intensivos, para el cual participaron 45 madres de neonatos en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospitalaria de Gineco-Pediatría de la ciudad de León en Guanajuato-México. Dentro de los resultados obtenidos fue que el nivel de estrés general percibido por los padres fue poco estresante (60%). No obstante, para el

35% de los padres, tener un hijo en UCIN implica una situación extremadamente o muy estresante. Llegando a la conclusión que existe relación entre los factores internos y externos con el nivel de estrés expresado por los progenitores durante el internamiento del neonato de alto riesgo.

Giraldo et al. (2013) realizaron una investigación cuyo objetivo fue identificar el nivel de estrés y los factores relacionados en padres con hijos en la UCIN de la Clínica Universitaria Bolivariana en Medellín – Colombia, estudio de tipo descriptivo y transversal. La muestra fue de 50 padres, escogidos a conveniencia. Dentro de los resultados obtenidos está que para el 42% era su primer hijo. El 44% de los padres percibió como poco estresante los sonidos dentro del ambiente, al igual que la dimensión aspecto y tratamientos del bebé que llegó a ser el 34%. El 32% de los progenitores refirió que era muy estresante lo relacionado a la dimensión relación y rol parental, además la comunicación con el profesional de salud fue considerado poco estresante por el 34% de los padres. De manera general el nivel de estrés fue considerado 28% como una experiencia poco estresante y el 24% muy estresante. Llegando a la conclusión que los padres manifiestan estrés en un mayor grado, cuando se trata de su función como padres.

Gallegos, Reyes y Silvan (2013) hicieron una investigación titulado "El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal" de tipo cualitativo, para lo cual participaron 20 padres entre madres y padres, obteniendo como conclusión que los padres afrontan sufrimiento y se perciben limitados en su intervención, es decir, en su rol característico como padres.

Villanova, Eimil, Cuéllar y Palacios (2013), realizaron un estudio acerca del “Estrés materno en la organización del vínculo madre-bebé prematuro de bajo peso”, llegando a la conclusión de que el nacimiento de un bebé prematuro ocasiona elevados niveles de angustia en el entorno familiar y tiene impacto de diversas formas, afectando así el desarrollo de un vínculo afectivo saludable entre el bebé y su cuidador primario que por lo general suele ser la madre.

González, Ballesteros y Serrano (2012), desarrollaron un estudio descriptivo, transversal para lo cual participaron 145 madres de recién nacidos pretérminos hospitalizados en la UCIN de la Clínica San José e Institución Prestadora de Salud de Dumian, Colombia. La muestra fue intencionada o por conveniencia, se utilizó la Escala de estrés parental: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Dentro de los resultados que se obtuvo fue que la internalización de los recién nacidos a nivel de estrés general es percibida por las madres en su mayoría como muy o extremadamente estresante (89%), en cuanto a las dimensiones se encontró que con respecto a los ruidos de los monitores el 57,7% de las madres refieren que fue muy o extremadamente estresante, en lo relacionado a la presencia de otros bebés enfermos se encontró 34% de las madres consideran que no ha sido estresante, sólo el 7% de ellas opinan que fue extremadamente estresante, al reconocer los equipos tecnológicos como señal de gravedad se encontró que el 45,5% lo considera como extremadamente estresante, en cuanto al estrés evidenciado por la separación del bebé, 90,5% lo consideran como una situación muy o extremadamente estresante, por último con respecto a la comunicación de las madres con el profesional de la unidad se encontró que no fueron estresantes para ellas en un 55,1%. Llegando a la conclusión de que ninguna madre está suficientemente preparada para afrontar las grandes crisis de la vida, como ver hospitalizado a su hijo, afectando la vinculación entre ellos.

Femenías y Sánchez (2003) realizaron una investigación sobre satisfacción familiar, bienestar psicológico y ansiedad en parejas con hijos con necesidades educativas especiales, la muestra fue de 10 familias, 5 de ellas con hijos con necesidades educativas especiales y 5 con hijos sin ninguna discapacidad, en total fueron 20 personas encuestadas. Dentro de los resultados que se llegaron a encontrar fueron que existe una correlación positiva entre bienestar psicológico y satisfacción familiar ($r= 0.628$, $p<0.01$) llegando a la conclusión que existe un menor bienestar psicológico y una menor satisfacción familiar en aquellos padres que tienen un hijo con discapacidad, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en satisfacción familiar entre ambas familias de las parejas. A pesar de ello, las parejas con hijos no discapacitados tuvieron un puntaje más alto en satisfacción familiar.

2.2 BASES TEÓRICAS

Cabe resaltar que, en las personas que atraviesan una situación como la planteada; en cuanto a la diada madre-hijo se identifican síntomas emocionales de estrés, ansiedad y depresión, (Izzedin-Bouquet, 2011). Ante esto es necesario que el psicólogo conozca los factores biopsicosociales que conforman dicha situación, pues las consecuencias emocionales ameritan apoyo psicológico para las madres de niños prematuros y su intervención en la reducción de la ansiedad situacional (Ylali, 2006) , lo cual podría brindar beneficios en la mejora de la interacción madre-hijo y el futuro desarrollo del niño (Rojas, 2005).

Cuando se trata de hacer frente a un problema de salud y más aún si se trata de un familiar hospitalizado como en el caso de un neonato, las personas involucradas directamente son sus padres, para ellos es algo fundamental estar informados sobre la situación de salud de su hijo; en caso contrario, se incrementa su temor y preocupación lo cual podría generarles estrés y ansiedad ante la separación temprana de su bebé (Dávila y Estacio, 2012).

2.2.1 ESTRÉS

En términos generales para considerar al estrés como perjudicial, se debe tener en cuenta en qué cantidad, en qué momento y en qué circunstancias personales y sociales (Comín, De la Fuente y Gracia, 2012).

Según Lazarus (1986), “el estrés psicológico es el producto de una relación entre la persona y su entorno, el cual es percibido por esta como desbordante para sus recursos poniendo en riesgo su bienestar”(p. 56).

Además, se debe considerar que durante el proceso de estrés incluye ansiedad, conflicto, frustración, trastornos emocionales, traumas, dolor emocional, alienación (Lazarus y Folkman, 1986).

Jiménez et al. (2003) desarrollaron un trabajo que se centró en establecer el impacto de un programa de intervención sobre las familias de recién nacidos con riesgo neurosensorial. Concluyendo que existe alto impacto emocional en los progenitores, así como alta relación entre las variables psicológicas en ambos padres; quedando claro que el efecto recae sobre la familia en su totalidad como conjunto y no en cada miembro de esta.

Las principales teorías del estrés se pueden explicar desde tres aspectos: basada en el estímulo, en la respuesta y en la interacción (Sandín, 2009).

- *Teoría basadas en el estímulo*

Los modelos basados en el estímulo son analogía del modelo de ingeniería basado en la ley de elasticidad de Hook, es decir, la gente posee ciertos límites de tolerancia al estrés, pudiendo variar de unos individuos a otros (Sandín, 2009). Por encima de tales límites el estrés empieza a hacerse intolerable y aparecen los daños fisiológicos y/o psicológicos.

La conceptualización del estrés se puede explicar en base a la relación de este con los estímulos ambientales que influyen en el desempeño adecuado del organismo alterando su funcionamiento (Sandín, 2009). Un ambiente nuevo es un estresor casi universal, por lo general, los grandes cambios del entorno o de las rutinas nos exigen mantenernos alertas y listos para reaccionar, lo cual a la larga puede causar estrés (Daneri, 2012).

Según Sandín (2009) los hechos vitales pueden ser sucesos extremos hasta sucesos considerados estos como cotidianos pero significativos (divorcio, muerte de un ser querido), acontecimientos que exigen al individuo lograr una forma de ajuste para poder regularse ante tal o cual situación.

Lazarus y colaboradores mostraron preocupación por los denominados hechos diarios conocidos también como ajetreos, los cuales se encuentran relacionados con el rol que desarrollamos en el día a día. Asimismo, señalaron que estos acontecimientos, resultan ser fundamentales en el proceso de adaptarse a la situación, manteniendo el equilibrio interno y por ende conservar la salud (Lazarus y Folkman, 1986).

- *Teoría basadas en la respuesta*

La teoría basada en la respuesta se basa en una reacción fisiológica como respuesta, su principal representante fue Hans Selye quien planteaba que cuando existe una amenaza el organismo reacciona con estrés o con cambios en la función corporal, para lo cual existe activación del eje pituitario suprarrenal donde la glándula pituitaria desprende de su zona anterior la hormona ACTH (Sandín, 2009).

Según Daneri (2012) el estrés se encuentra asociado tanto a experiencias agradables como desagradables, el mantenimiento del estrés durante periodos largos, por ejemplo el miedo crónico puede dar lugar a cuadros psicopatológicos.

Los agentes nocivos para el equilibrio del sistema homeostático del organismo conocidos como estresores, evocan el patrón de respuesta de estrés, que puede ser psicológico, cognitivo o emocional. (Taylor, 2007).

Como lo indica Sandín (2009) la respuesta al estrés está constituida por un mecanismo tripartito que se denomina Síndrome General de Adaptación, el cual es la sucesión de respuestas adaptativas y omisiones o fallos en el organismo bajo estrés. Dicho síndrome incluye tres etapas: reacción de alarma, etapa de resistencia y etapa de agotamiento.

- *Teoría basada en la interacción*

Esta teoría resalta los factores psicológicos, especialmente los cognitivos, que median entre los estímulos estresantes y las respuestas al estrés (Cohen, Kessler y Underwood, 1995). Cabe señalar que, el sujeto evaluando sus recursos personales, será quien determina si una situación es considerada como desbordante para su vida.

Según Lazarus (1986), existe una aproximación mediacional cognitiva, considerando a la evaluación cognitiva como un factor determinante para que una circunstancia potencialmente estresante alcance o no a producir estrés. Por lo tanto, esta teoría es considerado un modelo relacional – procesual.

La evaluación cognitiva es el elemento mediador de las respuestas personales de estrés a los estímulos relevantes mediante la cual las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo, por tanto, está relacionado con su bienestar individual (Lazarus, 1986).

De acuerdo con Lazarus (1986), existen tres tipos de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación.

□ Evaluación primaria, es considerado el primer intermediario psicológico del estrés ya que implica la relevancia de meta, congruencia de esta y el tipo de involucración del ego. Esta hará que la persona resuelva si la situación que experimenta le afecta positiva o negativamente, es decir lo categorizará como daño, amenaza o desafío. Estas últimas serán

evaluadas según precedentes de situaciones similares, factores tanto personales como ambientales.

- Evaluación secundaria, incluye las elecciones de afrontamiento, es decir, la persona evalúa sus recursos personales y alternativas (materiales, apoyo social)
- Reevaluación, ocurre después de la evaluación de sus recursos con relación a la demanda de la circunstancia, puede replantear las evaluaciones anteriores de manera que se basa en la retroalimentación de estas con una visión diferente a la que se tenía en un inicio (Fig. 1).

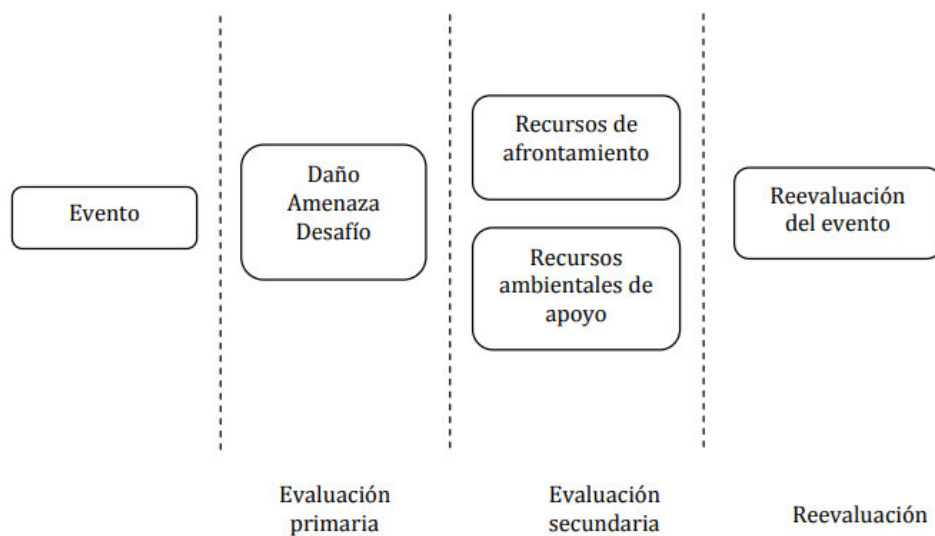


Figura 1. Fases de la aproximación mediacional cognitiva del modelo de Lazarus y Folkman (1984)

Lazarus (1986), plantea la variable vulnerabilidad psicológica, la cual no viene determinada solamente por escasez de recursos personales, sino también por la relación entre la relevancia que tenga las consecuencias para la persona implicada y los recursos que disponga para evitar la amenaza de estas.

2.2.1.1 Estrés parental

"Experiencia estresante entendida como vivencia y manifestación sentida por los padres produciendo ansiedad y tensión en ellos generada por la hospitalización de un hijo" (Buford, Carter, Hassanein y Miles, 1985, p.221 – 234).

Según Pérez y Menéndez (2014), el estrés parental es la valoración de todos los recursos personales propios de los padres en comparación a todo lo que implica el rol que cumplen como padres, citando como ejemplo las estrategias de afrontamiento de estos.

El estrés parental implica todo el proceso en el que los padres sienten que sus recursos personales no son lo suficiente para poder afrontar adecuadamente su rol como progenitores (Solano, 2015). Además, es considerado un eje importante para estudiar las interacciones de los miembros en la familia; sin embargo, cabe destacar la importancia de la percepción que tenga cada progenitor con relación al ejercicio de su rol, ya que esta podría considerarse un factor protector ante el estrés (Pérez y Menéndez, 2014).

Según Vera, Cruz y Pérez (2009), el estrés parental podría ser causado por el rompimiento de las expectativas que los progenitores pusieron en el acontecimiento de la llegada de su hijo.

2.2.1.2 Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Propuesto por la Dra. Betty Neuman en el año 1974 de observaciones, experiencias clínicas y síntesis de otros; se deriva de ciencias filosóficas y de la Gestalt sobre la interacción entre individuo y medio ambiente (Reynaga, 1996).

Se encuentra basado en la teoría general de sistemas, el cual plantea la importancia de la homeostasis (Aguñaga, Reynaga y Beltrán, 2016). El Modelo de Sistemas de Neuman, por ser multidimensional y con un enfoque de tipo holístico y sistémico, se ha convertido en una alternativa para profesionales de la salud por lo pragmático de su esquema en relación a un curso clínico especializado en el cuidado (Reynaga, 1996).

Asímismo, este modelo toma como base la concepción del término estrés propuesto por Selye, reconociendo como agentes estresantes a los estímulos tanto positivos como negativos que producen en consecuencia una tensión (Aguñaga, Reynaga y Beltrán, 2016).

Neuman se interesó principalmente por el fenómeno del estrés y la forma de afrontarlo, lo cual se explicará según como sea la interacción entre la persona con el ambiente que

conforma la UCIN, tal es así que hace referencia al aspecto tanto interno como externo. No obstante, consideró que los fenómenos eran un conjunto de componentes que se interrelacionaban en la medida que aparecían entradas y salidas respecto al sistema.

Los sistemas están ordenados de forma jerárquica y tienen suprasistemas y subsistemas. En el caso de ser abiertos dichos sistemas, podrán introducir elementos, reorganizarlos en el proceso y sacarlos fuera. Cuando esta información saliente, vuelve a ingresar al sistema, lo hace mediante un proceso llamado retroalimentación, el cual produce cambios en el propio sistema y su rendimiento como tal, además de lograr con esto un equilibrio en el entorno (Reynaga, 1996).

Es interesante revisar algunos conceptos según la perspectiva de la autora de este modelo teórico, así tenemos los conceptos de cliente y medio ambiente o contexto:

- Cliente, sistema conformado por una estructura básica que tiene factores protectores para cada uno de los subsistemas que lo integran (factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales) para lograr su estabilidad. Además es considerado como un sistema de tipo abierto en intercambio con su entorno (Neuman, 1995).
- Medio ambiente, conformado por factores externos e internos considerados como estresores que pueden causar daño o beneficio. Así tenemos factores internos o estresores intrapersonales y los factores externos o estresores que pueden ser inter o extrapersonales. La interacción de los estresores con el cliente en una circunstancia particular, puede ocasionar algún tipo de reacción para lograr su estabilidad resultando, lo que llama Neuman, un ambiente creado (Neuman, 1995).

En la Figura 2 se puede observar que el modelo de Neuman plantea los siguientes supuestos: en primer lugar, la persona como cliente se encuentra en interacción bidireccional con el contexto, va interactuar con diversos factores, entre ellos el fisiológico, psicológico, sociocultural entre otros que lo hacen un ser único con recursos disponibles como estructura génica, conocimientos, denominándose estructura básica. Las líneas protectores de manera inmediata son las llamadas líneas de resistencia, las cuales estabilizan el sistema del cliente al verse afectado por algún estresor hasta lograr el reestablecimiento del potencial normal (línea normal de defensa). La línea protectora más cercana al contacto con los estresores es la línea flexible de defensa que amortigua la línea normal de defensa ; en segundo lugar, la salud como un movimiento constante, de medio dinámico y cambio invariable. Cuando los estresores logran impactar la línea normal de defensa es cuando el cliente presenta

enfermedad, en ese caso, las líneas de resistencia regresan progresivamente a la línea normal de defensa a través del proceso de reconstitución; en tercer lugar, el entorno conformado por los elementos internos y externos que tienen influencia en el cliente, los factores estresores se definen como aquellas fuerzas del contexto que entra en relación con el equilibrio del sistema y pueden modificarla (Neuman, 1995).

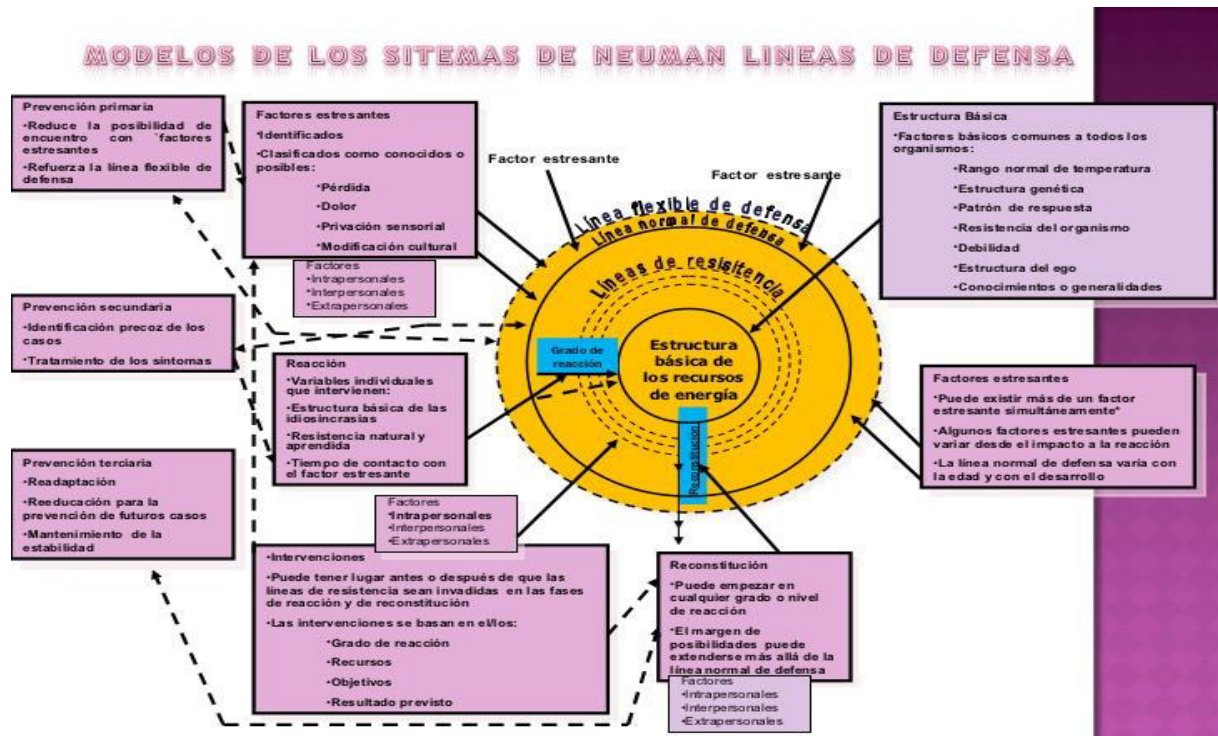


Figura 2. Modelo de Sistemas de Neuman (1995)

2.2.1.3 El contexto de la UCIN

Iriarte y Carrión (2013), expresan que la internación en el servicio de neonatología involucra situaciones críticas, donde la madre debe sostener y acompañar a su hijo enfermo, sobrellevando la incertidumbre acerca del futuro de su bebé, tratando de contener la disrupción en la vida familiar originada a partir de este hecho inesperado. Para Canales y Llanos (2017), una UCIN es definida como una organización de profesionales de la salud destinada a atender a todo recién nacido o neonato (0 a 28 días de vida) con cualquier enfermedad o en proceso de ella, que ponga en peligro su vida y tiene la posibilidad de

mejorar su condición de salud mediante la intervención de especialistas y equipo tecnológico diseñado para este balance.

Con respecto a los factores de este ambiente, Herreros (2015) menciona los siguientes:

1. Aspectos y sonidos de la unidad, dentro de ello abarca la tecnología, la alarma, los monitores, el personal especializado y la dinámica de la unidad. Por otra parte, la realización de los procedimientos, los diversos aparatos sofisticados con los que se encuentra conectado el neonato como respiradores, sondas, vías entre otros; así como, la observación de otros prematuros (Herreros, 2015).
2. La apariencia y conducta del niño, los neonatos que se encuentran hospitalizados presentan un aspecto frágil y pequeño, formas de respirar, algunos con poca actividad motora. Para Ruiz, Ceriani, Cravedi y Rodríguez (2005), las características que presentan los bebés en este estado crítico contribuye a que los progenitores puedan construir una idea de posible muerte del neonato, provocando en ellos, temor o negación a tocar o aproximarse a su hijo; todo ello influye negativamente en el inicio de interacción padres/hijos (Herreros, 2015).
3. La separación del bebé y rol de los padres, un tema vital para los progenitores es la cercanía física con los hijos, por ello cuando el bebé es trasladado o el prematuro es ingresado en el mismo hospital, son situaciones que generan tristeza en los progenitores (Herreros, 2015).

Con respecto a las visitas Iriarte y Carrión (2013), manifiestan que la mayoría de madres viven la mayoría del tiempo cansadas, agotadas física y emocionalmente, y que sienten que nada le sale bien. Muchas manifiestan una gran frustración al no poder tocar a sus bebés, alzarlos y besarlos como el resto de las mamás, dado que la incubadora, el respirador o los tubos de los sueros se los impiden (Oiberman, 2013). Todo ello en su conjunto implica crisis personal, familiar, laboral y muchas veces económico, que afecta la forma de vida de los padres y por ende, de la familia en su conjunto (Oiberman, 2005).

4. La conducta y comunicación con el profesional, para los progenitores resulta fundamental un lenguaje sencillo y de fácil entendimiento sobre la situación de sus bebés

además de percibir que los mismos tengan una atención adecuada, de no ser así estos factores actuarían como estresores y por tanto incrementa más aún el miedo de los progenitores (Herreros, 2015).

2.2.1.4 Modelo de estrés de la crianza

Propuesto por Abidín (1995), quien toma como punto de partida que el estrés parental es producida por la suma de característica especiales tanto del niño como de los progenitores. Dentro de las características del niño, está la habilidad de adaptación a cambios, demandas que ocasiona entre otros, el grado en el que el niño cumpla con la idea que tenían los padres en relación con él y la asistencia especial de los padres hacia el hijo (Vera, Cruz y Pérez, 2009). Sumado a ello, se encuentra las características de los padres como la personalidad, alteraciones psicopatológicas que puedan estar presentando (depresión, adicciones entre otros), competencias parentales y relación conyugal. Cabe señalar que el modelo propuesto, es de tipo ecológico y sistémico, también existen factores externos que influyen en la aparición del estrés parental como lo es el entorno familiar, amistades, quienes cumplen la función de brindar apoyo social (Fig. 3).

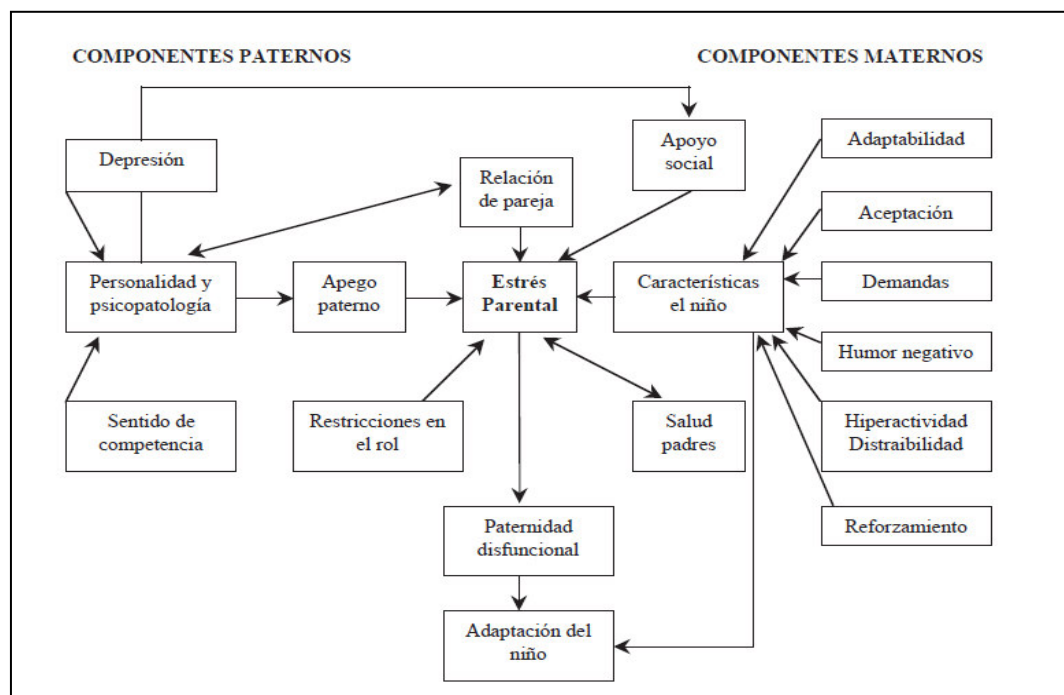


Figura 3. Modelo explicativo sobre estrés parental propuesto por Abidin (1995)

Dentro de este modelo, Abidín (1995) destaca dos componentes fundamentalmente: el estrés ligado a la frustración individual en relación con las demandas parentales y la percepción de los progenitores en cuanto a lo problemático que pueda estar siendo considerado el niño (Pérez, 2014).

Por otra parte, con relación a la percepción del funcionamiento adecuado de sus competencias parentales se producirá un mayor o menor grado de estrés en los progenitores. Tal es así que, un desbalance entre la percepción de los estresores y la evaluación de los recursos personales como padres para poder afrontarlos puede generar un alto de nivel de estrés (Pérez, 2014).

2.2.1.5 Respuesta emocional del estrés

El factor principal de la respuesta emocional del estrés es de origen cognitivo, ya que el estímulo proveniente del exterior es considerado como estresante.

Según Moscoso (2009), el modelo descrito por Lazarus y Folkman propone que el proceso de evaluación cognitiva tanto primaria como secundaria será quien decide la forma y cuánto será la reacción emotiva en relación con el estímulo externo.

Es de relevancia, destacar que dicha respuesta emocional puede cambiar debido a los diversos estilos de afrontamiento, además se debe tomar en cuenta que dicha respuesta es de origen temporal (Moscoso, 2009).

2.2.1.6 Estrés ligado a la parentalidad

La familia es la suma tanto de sus subsistemas como del suprasistema en el cual se encuentra dentro, por ende, serán éstos que influirán en la formación del proceso de estrés (Pérez, 2014).

Por otro lado, la parentalidad en su ejercicio diario se encuentra influenciado por las demandas de las necesidades de los hijos, según su período evolutivo, por ejemplo, el llanto del bebé puede considerarse un estresor diario (Pérez, 2014). Además, según Palma, Von, Morales, Cifuentes y Ambiado (2017) los niveles de estrés no presentan diferencias de género y no guardan relación con los factores clínicas, sociales ni demográficas.

2.2.2 SATISFACCIÓN FAMILIAR

2.2.2.1 La familia

La familia es comprendida como una estructura cuya organización se encuentra sujeta a la influencia de exigencias internas y externas, caracterizándose por su función vital de hallar el equilibrio a dichas demandas (Sandoval y Sepúlveda, 2012).

Según Presa (2015), la familia desempeña un papel decisivo en el proceso de socialización del individuo. En este sentido, tradicionalmente se ha puesto de relieve el efecto protector de las relaciones familiares ante determinadas situaciones adversas, pero la familia también puede constituir una fuente de estrés, en este sentido, el estrés familiar presentaría una capacidad especialmente poderosa, dado que los factores de estrés suelen ser, frecuentes y recurrentes.

La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.

La familia es un sistema complejo conformado por subsistemas, los cuales mantienen una jerarquía, en donde todos los miembros tienen la misma significación y que la disfunción de alguno repercute en todo el sistema y no sólo a un miembro (Minuchin y Fishman, 1984).

La familia desempeña un papel decisivo en el proceso de socialización del individuo y en la transmisión de conocimientos y creencias. No obstante, también puede constituir una fuente de estrés, considerado un elemento dañino, ya que los factores de estrés provenientes del grupo familiar suelen ser repetitivos (Buendía, 1999). Asimismo, la familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individualidad al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia (Jackson, 1977).

Por otro lado, Rojas (2005) realizó un estudio sobre el grado de conocimiento y tipo de participación de las madres en la asistencia del niño internalizado, mencionan que un enfoque integrador del estrés nos permite considerar las características del estímulo y de la respuesta que incluye los aspectos psicosociales de los sucesos de vida, y entenderlo como

un proceso interactivo entre el niño y la situación. Por tanto, para el niño una hospitalización representa acontecimientos con efecto psicoemocional.

Boullosa (2004), al estudiar el estrés familiar con estrategias de afrontamiento y otras variables como resultado de la internalización del neonato, llega a la conclusión que el impacto que tiene en las familias el nacimiento de los recién nacidos está asociado con mayor tiempo de estrés y con la necesidad de contar con mayores recursos económicos.

Es interesante, tomar en cuenta que la duración de la estadía en el servicio de hospitalización y el pasaje de un sector a otro del servicio de patología neonatal (cuidados intensivos, intermedios) depende de la gravedad de la enfermedad, de las complicaciones del peso y edad gestacional del neonato, de la rapidez para adquirir la homeostasis satisfactoria, es decir, se trata de permitir la más rápida inserción posible en el ámbito familiar.

Según Elsner, Montero, Reyes y Zegers (2000), si un individuo o subsistema familiar presenta problemas en su funcionamiento, es posible sostener que éste en su totalidad se verá influido, o bien, si el sistema familiar no está funcionando adecuadamente, los síntomas de aquella disfunción se desplazarán a uno o varios miembros de ella a un nivel particular.

Por tanto, la acumulación de tensiones y estresores familiares si bien está positivamente asociado con el deterioro del funcionamiento familiar, también lo está con el bienestar individual de cada uno de sus miembros (Cusinato, 1992).

2.2.2.2 Modelo Circumplejo de Olson

El modelo está compuesto por tres conceptos fundamentales para un adecuado entendimiento de las relaciones familiares: la cohesión, la flexibilidad y la comunicación (Olson y Gorall, 2006).

Estos conceptos surgieron del agrupamiento de más de cincuenta conceptos estudiados por diversos investigadores para la descripción de la dinámica familiar y de pareja (Olson, 2000).

- La cohesión, está definida como la conexión emocional entre cada uno de los miembros de la familia (Olson y Gorall, 2006). Los indicadores específicos son: vinculación emocional, límites, cantidad que comparten juntos, espacios en común,

límites, recreación e intereses. Olson (2006) postula la existencia de tres variedades de cohesión: balanceada, desligada y enmarañada.

- La flexibilidad, conceptualizada como la expresión y cualidad del liderazgo, reglas, roles, organización y negociación. Se relaciona con la manera en que los sistemas encuentran equilibrio entre el cambio y la estabilidad (Olson y Gorall, 2006). Los indicadores específicos son: estilos de negociación, autoridad, relación durante el acatamiento de reglas y roles dentro de las relaciones. Olson (2006) señala tres tipos de flexibilidad: balanceada, rígida y caótica.
- La comunicación, entendida como la capacidad para transmitir mensajes de manera asertiva y positiva dentro del sistema familiar y en la relación de pareja. Funciona como mediadora entre la flexibilidad y la cohesión (Olson y Gorall, 2006).

Como se ha señalado el centro del modelo circumplejo son estas tres dimensiones (cohesión, flexibilidad y comunicación), las cuales son utilizadas para el análisis de la dinámica familiar mas no toma en cuenta la percepción y el grado de acuerdo con esta dinámica, por tal motivo, Olson y colaboradores plantearon el concepto de satisfacción familiar partiendo que esta es concebida como la percepción subjetiva de los miembros del funcionamiento de su familia en relación a las tres dimensiones anteriormente señaladas (Olson, 1995).

El diseño de modelo circumplejo familiar concibe a la satisfacción familiar como el producto de lograr tener una familia con la capacidad de cohesión y adaptación adecuada (Olson, 2006).

En tal sentido, Olson (2006) plantea que la cohesión se conciba como la cercanía emocional que hay entre los miembros de la familia, mientras que la adaptabilidad está en relación con que el sistema familiar sea capaz de modificar su estructura de poder, roles y las reglas en el ambiente familiar.

Dentro de los objetivos que sirvieron de guía para desarrollar el modelo fueron los siguientes (Olson y Wilson, 1982):

- Identificar y describir las principales dimensiones del funcionamiento familiar: cohesión y adaptabilidad familiar.
- Señalar la utilidad de estas dimensiones.
- Mostrar que las familias pueden clasificarse, según la adaptabilidad y cohesión que exista en el núcleo familiar.

- Mostrar que estas dimensiones pueden contribuir a la comprensión y aplicación de la teoría general de sistemas a la familia.
- Describir, las cualidades grupales de las familias.
- Brindar un modo de integración de los conceptos relacionados a las personas, según la utilidad para el matrimonio y la familia.
- Delinear un modelo que explique la manera en que los sistemas conyugales y familiares pueden adaptarse a procesos de estrés.
- Ofrecer un marco conceptual que sea útil a la intervención clínica y a los programas de educación para matrimonios y familias.

2.2.2.3 La satisfacción familiar desde un punto de vista del rol de padre y madre

La satisfacción, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001), es el modo en que la persona se tranquiliza y responde calmadamente a una queja, sentimiento o una adversidad.

La satisfacción familiar se define como la percepción subjetiva de los miembros sobre el funcionamiento familiar, tomando en cuenta los criterios de vinculación afectiva, la capacidad de adaptación, comunicación y la manera de resolución de los problemas. (Olson y Wilson, 1982; Olson y Gorall, 2006; Olson, 1995).

Así pues, la satisfacción familiar es considerada una respuesta emocional del individuo relacionada a su percepción en cuanto comunicación de padres e hijos, la vinculación afectiva entre los miembros y como se adaptan tanto entre ellos como con su entorno (Sobrino, 2008).

En términos sencillos, la satisfacción familiar abarca aspectos afectivos y cognitivos en el cual un individuo le va atribuir un sentimiento positivo al considerarse incluido dentro el núcleo familiar, basándose en las interacciones entre los miembros (Rodríguez, 2017).

Asímismo, expresa que una persona que se encuentre satisfecha se encontrará en la capacidad de compensar necesidades tanto sociales como psicológicas dentro de la familia y a nivel laboral (Jackson, 1977).

Por otro lado, Sobrino (2008) manifiesta que, desde su percepción, una persona que tenga un nivel alto de satisfacción familiar asumirá sin problemas sus necesidades tanto afectiva como de comunicación, asímismo ayudará en lo personal a consolidar y fortalecer la estructura y funcionamiento de la familia, logrando un ambiente estable y de soporte

emocional para todos sus miembros. Por tanto, la satisfacción parental es un indicador de tipo afectivo que se define como la experiencia en términos positivos de como se va a desempeñar el padre o la madre, lo cual va en relación con el equilibrio que encuentran los progenitores entre las expectativas que tienen en su rol y la realidad que perciben de sí mismos (Pérez, 2014).

Además, Pérez y Menéndez (2014), manifiestan que dentro de los factores influyentes para que los progenitores se perciban con un gran desgaste emocional ante la situación por la que atraviesan, se encuentra no sólo el perfil como padres sino también las características de su dinámica familiar como es la cohesión entre los miembros, ya que esta puede actuar como factor protector ante el estrés.

La satisfacción familiar va a implicar un grupo de demandas relacionadas a su función entre los miembros y la percepción en cuánto al hecho de ser validados, aceptados y satisfechos por los demás. El lograr un grado aceptable de satisfacción, motivará a los integrantes de la familia al intercambio de sentimientos y emociones por un lado y por otro a una mejor convivencia dando como resultado el fortalecimiento del autoconcepto de cada uno de los miembros de la familia, reforzando el sentimiento de pertenencia a ella (Rodríguez, 2017).

Por lo cual, se podría decir que a mayor satisfacción familiar habrá una dinámica familiar efectiva, la cual brindará un ambiente estable a sus miembros y, por ende, cumplirá la función de factor motivador en cuanto a la actitud que puedan tomar los miembros de la familia ante alguna circunstancia crítica que implique desgaste emocional (Sobrino, 2008).

2.2.2.4 Dinámica familiar como factor protector ante el estrés

La familia no es una entidad estática, está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales, está en continuo sometimiento a las demandas de cambio. En otras palabras, contemplar una familia en un lapso prolongado es observarla como un organismo que evoluciona en el tiempo (Iraurgi, Sanz y Martínez, 2004).

Por otro lado, Olson concibe a la satisfacción familiar como el grado en el que cada uno de los miembros se sientan satisfechos y felices con el resto de la familia (Sanz, 2008).

Barraca y López (2010), manifiestan que la satisfacción familiar abarca lo cognitivo y, primordialmente lo afectivo, factores que influyen para que la persona pueda dar una valoración positiva respecto a su familia, influenciado por las relaciones personales entre los miembros, generadas en el funcionamiento de esta.

La presencia de lo afectivo no solo es relevante para la evaluación de la satisfacción familiar, sino también lo es para poder evaluar la calidad de vida de una persona, por tanto también se puede concebir a la satisfacción familiar como el resultado final de cada una de las interacciones entre los miembros ya sea negativo o positivo (Barraca y López, 2010)

Aunque la familia sólo puede fluctuar dentro de ciertos límites, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar, manteniendo sin embargo su continuidad. Asimismo, intercambia información y energía con el mundo exterior (Sanz, 2008). Las fluctuaciones, de origen interno o externo, suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve el sistema a su estado de constancia. Pero si la fluctuación se hace más amplia, como una situación de estrés generada por una hospitalización, la familia puede entrar en una crisis en que la transformación tenga por resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones (Cusinato, 1992).

Los niveles altos y continuos de insatisfacción familiar suelen impactar en la personalidad de los miembros de la familia, haciendo que esta sea un factor de alto riesgo para cada persona que integra el núcleo familiar (Rodríguez, 2017).

Es fundamental conocer los sentimientos y actitudes de los miembros para poder entender el funcionamiento de los diversos tipos de familia, el contar con una medición de este funcionamiento familiar puede darnos indicios de bienestar psicológico o en contraste indicadores psicopatológicos de sus miembros (Quezada, Zavala y Lenti, 2015).

Es imprescindible hablar sobre la resiliencia familiar, la cual es la capacidad de soportar las crisis y adversidades y recobrase, este concepto se vincula con la capacidad sanadora de las emociones positivas, como la risa y el buen humor (Céspedes, Roveglia y Coppari, 2014). La resiliencia se forja a través de la adversidad, en este caso la internalización del recién nacido, lo cual implica integrar la totalidad de la experiencia en la trama de la identidad individual y familiar además de la forma como los individuos continúan viviendo.

La satisfacción familiar se encuentra en relación a las emociones y sentimientos que surgen durante todo el proceso entre uno de los miembros y el resto de la familia (Barraca y López, 2010).

Extrapolando lo anteriormente citado, es necesario señalar que, la adecuada evaluación del recién nacido permite que él y sus padres sean activos en el proceso de descubrir las potencialidades evolutivas. También es importante considerar el grado de urgencia que los padres evalúan frente a los signos de malestar del bebé, y el grado de tolerancia a seguir los pasos que requiere la recuperación acorde con las características de este bebé y no sólo con las exigencias psicosociales de desarrollo.

Por tanto, la satisfacción familiar de cada uno de los miembros puede ser un factor predisponente del funcionamiento familiar, el cual es producto de las diferentes formas de interacción entre los miembros de la familia, si hay un alto nivel en el funcionamiento de esta, existiría mayor satisfacción familiar (Sánchez y Quiroga, 1995).

2.3 HIPÓTESIS

Hipótesis general

Existe relación entre los niveles de la satisfacción familiar y estrés parental en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.

Hipótesis específicas

- Existe diferencias estadísticamente significativas en el estrés parental según el tiempo de hospitalización del RN, en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Existe diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones del estrés parental según edad y grado de instrucción, en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Existe diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción familiar según tiempo de hospitalización, en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Existe diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción familiar según edad y grado de instrucción, en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Existe relación significativa entre la dimensión factor aspectos y sonidos de la unidad del estrés parental y la satisfacción familiar en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Existe relación significativa entre la dimensión apariencia y conducta del niño del estrés parental y la satisfacción familiar en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Existe relación significativa entre la dimensión niño y papel de padres del estrés parental y la satisfacción familiar en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.
- Existe relación significativa entre la dimensión conducta y comunicación con el personal del estrés parental y la satisfacción familiar en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología.

2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y CONCEPTOS

2.4.1 ESTRÉS, es el resultado de una relación entre el sujeto con el entorno, el cual es estimado por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos poniendo en riesgo su bienestar (Lazarus, 1986).

2.4.2 ESTRÉS PARENTAL, es la suma de una valoración de los recursos personales propios de los padres en comparación a todo lo que implica el rol de padres, citando como ejemplo las estrategias de afrontamientos de estos (Pérez y Menéndez, 2014).

Según Miles, Funk y Carlson (1993), el estrés parental tiene las siguientes dimensiones:

- ☐ Aspectos y sonidos de la unidad, relacionado con el ambiente externo observado por la madre como equipos, luces, ruidos de alarmas, bebés enfermos y diversos profesionales.
- ☐ Apariencia y conducta del niño, relacionado con la percepción de la madre hacia su hijo y su conducta en comparación a lo que haría un niño sano y sin tratamiento.
- ☐ Relación con el niño y papel de padres, toma en consideración los cambios que se dan en dicha relación afín con el rol parental, el cual durante la hospitalización viene siendo desempeñado por un profesional de la salud, quien asume el papel de cuidador primario.
- ☐ Conducta y comunicación con el personal, relacionado con las interacciones que se dan en el entorno físico externo a la UCIN, las cuales se encuentran fuera del alcance de la madre. Dentro de ellos se encuentra la explicación muy rápida e incomprensible por la falta de lenguaje sencillo en ella, acerca de la salud de su hijo reportados por el profesional, dificultad en el horario de visita, preocupación sobre las mejoras de salud del neonato y la conducta observada por la madre en el profesional.

2.4.3 FACTORES AMBIENTALES DE LA UCIN, son los componentes de la unidad, estos pueden ser factores extra e interpersonales, los cuales son considerados estresores.

Factores extrapersonales, se encuentran los ruidos, aspecto físico, la aspecto y comportamiento del neonato (Reynaga, 1996).

Factores interpersonales, pertenecen al ambiente psicosocial de la unidad, relacionado a la interacción entre los padres y con su hijo (Reynaga, 1996).

2.4.4 SATISFACCIÓN FAMILIAR, proceso fenomenológico en el cual cada miembro de la familia la percibe y valora basándose en los niveles de comunicación, el grado cohesión y el nivel de adaptabilidad familiar entre los miembros en sí y con su entorno (Sobrino, 2008).

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Tipo de investigación y diseño

La presente investigación es de tipo correlacional puesto que este estudio tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El diseño de investigación es ex post-facto o no experimental, puesto que no se realiza manipulación deliberada de variables, sino que se trata de observar el fenómeno tal como se da en su contexto natural, para posteriormente analizarlo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.2 Variables de estudio

- ☐ Satisfacción familiar
- ☐ Estrés parental

3.3 Variables de comparación

- Edad
- Grado de Instrucción
- Tiempo de hospitalización

3.4 Población y muestra

De acuerdo con el “Análisis de la situación de los servicios hospitalarios”, la unidad de neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal se encuentra distribuida en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) neonatal, que cuenta con capacidad instalada de 30 cunas e intermedios neonatal, que cuenta con una capacidad instalada de 70 cunas, dividida en intermedios I, II, III y IV (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2014).

Siendo la población de 649 neonatos ingresados al UCI neonatal para el año 2014 de un total de 4605 recién nacidos, se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico e intencional, quedando conformada la muestra por 150 madres de hijos hospitalizados en dicha unidad. En la tabla 1 se muestra las características de la muestra, en relación con la edad y el trabajo.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
Edad materna		
14 a 17 años	9	6%
18 a 29 años	85	56.7%
30 a 45 años	56	37.3%
Estado Civil		
Soltera	27	18%
Conviviente	104	69.3%
Casada	17	11.3%
Separada	2	1.3%
Cuenta con trabajo		
Si	10	6.7%
No	140	93.3%

De acuerdo con el grado de instrucción se observa que la muestra en su mayor porcentaje manifestó tener grado de secundaria (68%), dentro del mismo según la unidad de hospitalización la UCI representa el 48% e Intermedio I el 52%. Por otra parte, con respecto al total de madres con grado de instrucción superior, vemos que un 58.3% representan las madres de neonatos hospitalizados en UCI a diferencia de las madres de Intermedio I que fueron un 41.7% como se observa en la tabla 2.

Tabla 2

Frecuencia de grado de instrucción según unidad de hospitalización

		Unidad de servicio de hospitalización		
		UCI	Intermedio	Total
Grado de instrucción	Primaria	5(6.7%)	7(9.3%)	12(8%)
	Secundaria	49(48%)	53(52%)	102(68%)
	Superior	21(58.3%)	15(41.7%)	36(24%)
Total		75	75	150

En la tabla 3 se muestra que la distribución de la población estudiada en cuanto a su nivel socioeconómico (NSE), evidenciándose 70 madres de NSE-D (46.7%), 67 de NSE-C (44.7%), 10 de NSE-B (6.7%) y sólo 3 de NSE-E (2%), en su gran mayoría las madres manifestaron lugar de residencia el distrito de San Juan de Lurigancho.

Tabla 3

Frecuencia de nivel socioeconómico según unidad de hospitalización

		Unidad de servicio de hospitalización		
		UCI	Intermedio	Total
Nivel socioeconómico	B	4	6	10(6.7%)
	C	33	34	67(44.7%)
	D	38	32	70(46.7%)

	E	0	3	3(2%)
Total		75	75	150

Cabe señalar que las madres de neonatos hospitalizados en su mayoría manifestaron que eran su primer hijo en UCI (49,3%) e Intermedio I mientras (44%), mientras que en un porcentaje menor refieren tener más hijos a su cuidado, como se muestra en la figura 4.

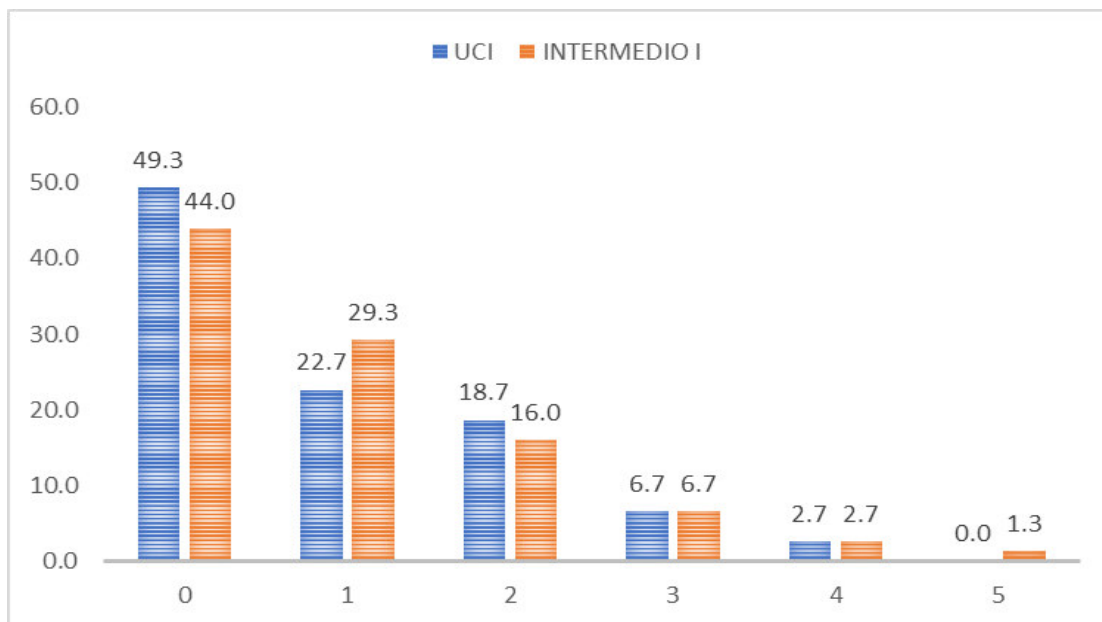


Figura 4. Frecuencia de número de hijos según unidad de hospitalización

Para la selección de la muestra se tomó en consideración los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Que pertenezcan al Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Que sean madres de hijos hospitalizados al menos tres días en la unidad de cuidados intensivos del servicio de neonatología.
- Que tengan grado de instrucción por lo menos primaria completa.
- Que acepten participar en el estudio de manera voluntaria e informada.
- Que no presenten discapacidad auditiva, verbal o mental.
- Que tenga capacidad cognitiva para poder responder las demandas de la prueba.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Que no pertenezcan al Instituto Nacional Materno Perinatal.

Que no sean madres de hijos hospitalizados al menos tres días en la unidad de cuidados intensivos del servicio de neonatología.

Que no tengan grado de instrucción por lo menos primaria completa.

Que no acepten participar en el estudio de manera voluntaria e informada.

Que presenten discapacidad auditiva, verbal o mental.

Que no tenga capacidad cognitiva para poder responder las demandas de la prueba.

3.5 Instrumentos y materiales

❑ Ficha de recolección de datos sobre antecedentes sociodemográficos de los padres y para conocer algunas características de los RN hospitalizados.

❑ Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, basada en la escala elaborada por Miles, Funk y Carlson (1993). Validada para la población chilena, con modificaciones luego de la aplicación de la prueba piloto. Para la confiabilidad del instrumento se utiliza el coeficiente alfa de Cronbach = .87. Por otro lado, en nuestro contexto, la prueba fue adaptada para la población de la ciudad de Trujillo, el instrumento arrojó un coeficiente alfa de Cronbach = .75, el cual indica que es aceptable y presenta una consistencia interna satisfactoria. Siendo sus coeficientes de confiabilidad de las subescalas: aspectos y sonidos de la unidad (.726), apariencia y conducta del niño (.716), relación con el niño y papel de padres (.752) y conducta y comunicación con el personal (.566). Consta de 37 ítems de tipo Likert de cinco alternativas, cuya valoración está entre 1 (no estresante), 2 (un poco estresante), 3 (moderadamente estresante), 4 (muy estresante) y 5 (extremadamente estresante), con una puntuación máxima posible de 185 y mínima de 37 (Banda y Fustamante, 2015).

Interpretación de resultados

El nivel global de estrés será la sumatoria de los valores, luego se clasificará según la siguiente escala:

37 a 63 puntos = no estresante

64 a 110 puntos = poco estresante

111 puntos = moderadamente estresante

112 a 148 puntos = muy estresante

149 a 185 puntos = extremadamente estresante

Para determinar el nivel de estrés según las subescalas, se clasificará según la siguiente escala:

a) Dimensión “Aspectos y sonidos de la unidad” (ítem 1 a 6)

6 a 11 puntos = no estresante

12 a 17 puntos = poco estresante

18 puntos = moderadamente estresante

19 a 24 puntos = muy estresante

25 30 puntos = extremadamente estresante

b) Dimensión “Apariencia y conducta del niño” (ítem 7 a 19)

13 a 25 puntos = no estresante

26 a 38 puntos = poco estresante

39 puntos = moderadamente estresante

40 a 52 puntos = muy estresante

53 65 puntos = extremadamente estresante

c) Dimensión “Relación con el niño y papel de padres” (ítem 20 a 26)

7 a 13 puntos = no estresante

14 a 20 puntos = poco estresante

21 puntos = moderadamente estresante

22 a 28 puntos = muy estresante

29 35 puntos = extremadamente estresante

d) Dimensión “Conducta y Comunicación con el personal” (ítem 27 a 37)

11 a 21 puntos = no estresante

22 a 32 puntos = poco estresante

33 puntos = moderadamente estresante

34 a 44 puntos = muy estresante

45 a 55 puntos = extremadamente estresante

Confiabilidad por consistencia interna para la Escala de estrés parental

Para el análisis de la confiabilidad se realizó considerando los 37 ítems obteniéndose la consistencia interna de la escala es de Alfa = 0.886, la cual es aceptable, tal como se muestra en tabla 4.

Tabla 4

Índice de consistencia interna mediante alfa de Cronbach para la Escala estrés parental

Alfa de Cronbach	N de elementos
,886	37

Correlación Ítem – Test

En la tabla 5 como se muestra, todos los ítems tuvieron una correlación mayor a 0.20 por ende todos resultan siendo significativos. Por lo anterior, se decide conservar la estructura original de la escala.

Tabla 5

Correlación ítem – test para la Escala de estrés parental

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
e1	,439	,882
e2	,474	,882
e3	,386	,883
e4	,367	,884
e5	,359	,884
e6	,314	,885
e7	,343	,884
e8	,478	,882
e9	,339	,884
e10	,348	,884
e11	,314	,885
e12	,307	,885
e13	,463	,882
e14	,323	,884
e15	,441	,883
e16	,443	,882
e17	,515	,881

e18	,374	,883
e19	,354	,884
e20	,389	,883
e21	,483	,882
e22	,377	,883
e23	,583	,881
e24	,302	,885
e25	,447	,883
e26	,435	,883
e27	,534	,881
e28	,382	,883
e29	,448	,882
e30	,399	,883
e31	,458	,882
e32	,369	,884
e33	,401	,883
e34	,450	,882
e35	,271	,885
e36	,379	,883
e37	,353	,884

- Escala de Satisfacción Familiar, elaborada por Olson y Gorall (2006). Adaptada para la población peruana por Villarreal (2017), aplicado en estudiantes de pregrado de diferentes carreras profesionales de una universidad privada de Lima Metropolitana, de acuerdo a un muestreo no probabilístico incidental, específicamente está delineada para valorar la satisfacción familiar, que involucra los niveles de vinculación emocional, la capacidad para la adaptación a los cambios, calidad de comunicarse de los miembros y la manera de resolución de problemas. Se analizó la confiabilidad al utilizar los siguientes indicadores (n = 607): el índice de consistencia interna alfa de Cronbach clásico = .914, que establece un alto nivel de consistencia interna (Oviedo y Campos, 2005, citado por Villarreal, 2017) y el alfa ordinal (Elosua y Zumbo, 2008, citado por Villarreal, 2017), que puntúa un valor de $\alpha = .91$ y supera el mínimo requerido de .85, llegando a la conclusión que la escala presenta un alto nivel de consistencia interna. Consta de diez ítems tipo Likert, cuya estimación fluctúa entre 1 (extremadamente insatisfecho), 2 (generalmente insatisfecho), 3 (indeciso), 4 (generalmente

satisfecho) y 5 (extremadamente satisfecho), con una puntuación máxima posible de 50 y mínima de 10 (Olson y Gorall, 2006).

Confiabilidad por consistencia interna para la Escala de satisfacción familiar

Para ello, se consideran los 10 ítems, de los cuales la consistencia interna de la escala resultó Alfa = 0.773, la cual es aceptable, tal como se observa en la tabla 6.

Tabla 6

Índice de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach para la Escala de satisfacción familiar

Alfa de Cronbach	N de elementos
,773	10

Correlación Ítem – Test

En la tabla 7 como se muestra, todos los ítems tuvieron una correlación mayor a 0.20 por ende todos resultan siendo significativos. Por lo anterior, se decide conservar la estructura original de la escala. Por lo anterior, se decide conservar la estructura original de la escala.

Tabla 7

Correlación ítem – test para la Escala de satisfacción familiar

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
f1	,301	,770
f2	,350	,764
f3	,522	,744
f4	,527	,745
f5	,532	,741
f6	,533	,742
f7	,219	,782
f8	,221	,785

f9	,585	,731
f10	,659	,719

3.6 Procedimiento

Se realizó coordinaciones con la institución mediante una solicitud de aprobación de protocolo de investigación, contando con la autorización de este, se procederá invitar a las madres a participar en el estudio, una vez obtenido su consentimiento se procederá a la realización de la aplicación de las escalas, previamente coordinado con la jefa del servicio de neonatología. La escala será aplicada de forma individual, se le preguntará a la madre por cada ítem y se procederá anotar la respuesta. El proceso de recolección de información de las participantes se calcula que cada una de ellas contestará los reactivos de ambas escalas, durante aproximadamente 30 a 45 minutos, tiempo considerado para el término de cada aplicación.

El estudio se llevó a cabo mediante las siguientes fases:

Selección de la muestra, en esta fase, se identifican dentro de las participantes que asistieron al servicio de neonatología, aquellas que cumplen con los criterios de inclusión.

Una vez identificadas los participantes, se procederá a la aplicación de los instrumentos: “Escala de Estrés Parental: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal” y “Escala de satisfacción familiar”. Seguidamente, se colocará los puntajes de las participantes en cada una de las escalas y siguiendo los criterios de análisis de las pruebas.

Posteriormente, se procederá a la tabulación y tratamiento estadístico de los datos, para su respectivo análisis.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los estadísticos descriptivos para las variables estrés parental y satisfacción familiar.

4.1 Análisis descriptivo

En la Tabla 8 se presentan los estadísticos descriptivos, relacionados a estrés parental y sus dimensiones según sus puntajes directos. Se observa que la media de estrés parental es de 133 que corresponde a la categoría Muy Estresante, indicando que a nivel general las evaluadas presentan un elevado nivel de estrés. Ubicándose en la categoría Muy Estresante se encuentran las dimensiones relacionados con los aspectos y sonidos de la unidad, la apariencia y conducta del niño, así como el relacionado a conducta y comunicación con el personal, mientras que en la dimensión relación con el niño y papel de padres se ubica en la categoría extremadamente estresante. En relación a la mediana, en el caso de estrés parental el 50% de las evaluadas se encuentra por debajo de 134, por otro lado, la moda obtiene un valor de 145. Por último, se observa que los puntajes con respecto a la media fluctúan en un valor de 19.772.

Tabla 8

Estadísticos para Estrés parental y sus dimensiones

	Estrés parental	Aspectos y sonidos de la unidad	Apariencia y conducta del niño	Relación con el niño y papel de padres	Conducta y comunicación con el personal
Media	133,00	20,68	47,33	30,08	34,91
Mediana	134,00	21,00	48,00	31,00	36,00
Moda	145	23	50	35	40
Desviación estándar	19,772	5,339	8,590	4,365	9,180

En la figura 5 se muestra la frecuencia y porcentaje de las madres en relación a la variable Estrés parental, de manera general se obtuvo que la mayor parte de las progenitoras(53,3%) manifestaron que perciben al ambiente de hospitalización como una experiencia muy estresante, y otra parte considerable (25,3%) como algo moderadamente estresante.

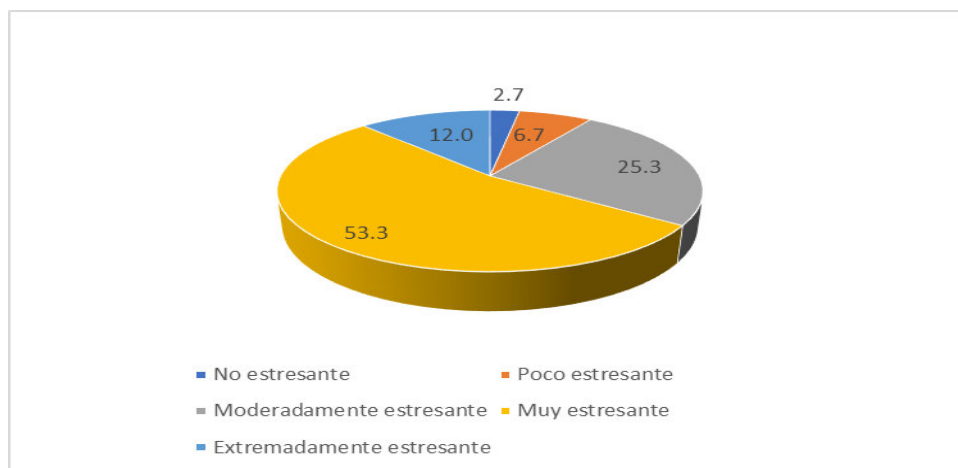


Figura 5. Frecuencia general de Estrés Parental

En la tabla 9 se muestra la frecuencia y porcentaje de las madres en relación a la dimensión del Estrés parental “Aspectos y sonidos de la unidad”, de manera general se obtuvo que la mayor parte de las progenitoras (35,3%) manifestaron que lo perciben como algo muy estresante, y otra parte considerable (24%) como algo poco estresante y 23,3% moderadamente estresante.

Tabla 9

Aspectos y sonidos de la unidad

	Frecuencia	Porcentaje
No estresante	7	4,7
Poco estresante	36	24,0
Moderadamente estresante	35	23,3
Muy estresante	53	35,3
Extremadamente estresante	19	12,7
Total	150	100,0

En la tabla 10 se muestra la frecuencia y porcentaje de las madres en relación a la dimension del Estrés parental “Apariencia y conducta del niño”, de manera general se obtuvo que la mayor parte de las madres (50%) manifestaron que lo perciben como algo muy estresante, y otra parte considerable (25,3%) como algo poco estresante y 17,3% moderadamente estresante.

Tabla 10

Apariencia y conducta del niño

	Frecuencia	Porcentaje
No estresante	6	4,0
Poco estresante	5	3,3
Moderadamente estresante	26	17,3
Muy estresante	75	50,0
Extremadamente	38	25,3
Total	150	100,0

En la tabla 11 se muestra la frecuencia y porcentaje de las madres en relación a la dimension del Estrés parental “Relación con el niño y papel de padres”, de manera general se obtuvo que la mayor parte de las madres (55,3%) manifestaron que lo perciben como algo extremadamente estresante, y otra parte considerable (33,3%) como algo muy estresante y 6% moderadamente estresante.

Tabla 11

Relación con el niño y papel de padres

	Frecuencia	Porcentaje
Poco estresante	8	5,3
Moderadamente estresante	9	6,0
Muy estresante	50	33,3
Extremadamente estresante	83	55,3
Total	150	100,0

En la tabla 12 se muestra la frecuencia y porcentaje de las madres las madres en relación a la dimension del Estrés parental “Conducta y comunicación con el personal”, de manera general se obtuvo que la mayor parte de las madres (49,3%) manifestaron que lo perciben como algo muy estresante, y otra parte considerable (34,7%) como algo moderadamente estresante y 9,3% extremadamente estresante.

Tabla 12

Conducta y comunicación con el personal

	Frecuencia	Porcentaje
Poco estresante	10	6,7
Moderadamente estresante	52	34,7
Muy estresante	74	49,3
Extremadamente estresante	14	9,3
Total	150	100,0

En la tabla 13 se muestra la frecuencia y porcentaje de las madres en relación a la variable Estrés parental según la unidad de hospitalización, se obtuvo que en la población de UCI la mayor parte de las progenitoras(24,7%) manifestaron que perciben al ambiente de hospitalización como una experiencia muy estresante, y otra parte considerable (16,7%) como algo moderadamente estresante. Asimismo, en la población de Intermedio I la mayor parte de las progenitoras (24,7%) manifestaron que perciben al ambiente de hospitalización como una experiencia muy estresante, sin embargo, otra parte considerable (18%) la experimentó como algo moderadamente estresante.

Tabla 13

Estrés parental según unidad de hospitalización

			Unidad de hospitalización		Total
			UCI	Intermedio I	
Estrés parental	Poco estresante	Recuento	5	5	10
		%	3,3%	3,3%	6,7%
	Moderadamente estresante	Recuento	25	27	52
		%	16,7%	18,0%	34,7%
	Muy estresante	Recuento	37	37	74
		%	24,7%	24,7%	49,4%
	Extremadamente estresante	Recuento	8	6	14
		%	5,3%	4,0%	9,3%
	Total	Recuento	75	75	150
		%	50,0%	50,0%	100,0%

En la tabla 14 se muestra la frecuencia y porcentaje de las madres en relación a la dimension del Estrés parental “Aspectos y sonidos de la unidad” según la unidad de hospitalización, se obtuvo que en la población de UCI la mayor parte de las progenitoras(21,3%) manifestaron que perciben al ambiente de hospitalización como una experiencia muy estresante, y otra parte considerable (12%) como algo moderadamente o poco estresante. Asimismo, en la población de Intermedio I la mayor parte de las progenitoras (14%) manifestaron que perciben al ambiente de hospitalización como una experiencia muy estresante, sin embargo, otra parte considerable (12%) la experimentó como algo poco estresante.

Tabla 14

Aspectos y sonidos de la unidad según unidad de hospitalización

			Unidad de hospitalización		Total
			UCI	Intermedio I	
Aspectos y sonidos de la unidad	No estresante	Recuento	3	4	7
		%	2,0%	2,7%	4,7%
	Poco estresante	Recuento	18	18	36
		%	12,0%	12,0%	24,0%
	Moderadamente estresante	Recuento	18	17	35
		%	12,0%	11,3%	23,3%
	Muy estresante	Recuento	32	21	53

		%	21,3%	14,0%	35,3%
	Extremadamente estresante	Recuento	4	15	19
		%	2,7%	10,0%	12,7%
Total		Recuento	75	75	150
		%	50,0%	50,0%	100,0%

En la tabla 15 se muestra la frecuencia y porcentaje de las madres en relación a la dimensión del Estrés parental “Apariencia y conducta del niño” según la unidad de hospitalización, se obtuvo que en la población de UCI la mayor parte de las progenitoras (29,3%) manifestaron que perciben al ambiente de hospitalización como una experiencia muy estresante, y otra parte considerable 9,3% y 8% como algo extremadamente y moderadamente estresante respectivamente. Asimismo, en la población de Intermedio I la mayor parte de las progenitoras (20%) manifestaron que perciben al ambiente de hospitalización como una experiencia muy estresante, sin embargo, otra parte considerable (16%) la experimentó como algo extremadamente estresante.

Tabla 15

Apariencia y conducta del niño según unidad de hospitalización

			Unidad de hospitalización		
			UCI	Intermedio I	Total
Apariencia y conducta del niño	No estresante	Recuento	4	2	6
		%	2,7%	1,3%	4,0%
	Poco estresante	Recuento	1	4	5
		%	0,7%	2,7%	3,4%
	Moderadamente estresante	Recuento	12	14	26
		%	8,0%	9,3%	17,3%
	Muy estresante	Recuento	44	31	75
		%	29,3%	20,7%	50,0%
	Extremadamente	Recuento	14	24	38
		%	9,3%	16,0%	25,3%

Total	Recuento %	75 50,0%	75 50,0%	150 100,0%
-------	---------------	-------------	-------------	---------------

En la tabla 16 se muestra la frecuencia y porcentaje de las madres en relación a la dimension del Estrés parental “Relación con el niño y papel de padres” según la unidad de hospitalización, se obtuvo que en la población de UCI la mayor parte de las progenitoras(24,7%) manifestaron que perciben al ambiente de hospitalización como una experiencia extremadamente estresante, y otra parte considerable (18,7%) como algo muy estresante. Asimismo, en la población de Intermedio I la mayor parte de las progenitoras (30,7%) manifestaron que perciben al ambiente de hospitalización como una experiencia extremadamente estresante, sin embargo, otra parte considerable (14,7%) la experimentó como algo muy estresante.

Tabla 16

Relación con el niño y papel de padres según unidad de hospitalización

			Unidad de hospitalización		
			UCI	Intermedio I	Total
Relación con el niño y papel de padres	Poco estresante	Recuento	7	1	8
		%	4,7%	0,7%	5,4%
	Moderadamente estresante	Recuento	3	6	9
		%	2,0%	4,0%	6,0%
	Muy estresante	Recuento	28	22	50
		%	18,7%	14,7%	33,3%
	Extremadamente estresante	Recuento	37	46	83
		%	24,7%	30,7%	55,3%
Total	Recuento	75	75	150	
	%	50.0%	50.0%	100.0%	

En la tabla 17 se muestra la frecuencia y porcentaje de las madres en relación a la dimension del Estrés parental “Conducta y comunicación con el personal” según la unidad de

hospitalización, se obtuvo que en la población de UCI la mayor parte de las progenitoras(24,7%) manifestaron que perciben al ambiente de hospitalización como una experiencia muy estresante, y otra parte considerable (16,7%) como algo moderadamente estresante. Asimismo, en la población de Intermedio I la mayor parte de las progenitoras (24,7%) manifestaron que perciben al ambiente de hospitalización como una experiencia muy estresante, sin embargo, otra parte considerable (18%) la experimentó como algo moderadamente estresante.

Tabla 17

Conducta y comunicación con el personal según unidad de hospitalización

			Unidad de hospitalización		Total
			UCI	Intermedio I	
Conducta y comunicación con el personal	Poco estresante	Recuento	5	5	10
		%	3,3%	3,3%	6,7%
	Moderadamente estresante	Recuento	25	27	52
		%	16,7%	18,0%	34,7%
	Muy estresante	Recuento	37	37	74
		%	24,7%	24,7%	49,3%
	Extremadamente estresante	Recuento	8	6	14
		%	5,3%	4,0%	9,3%
	Total	Recuento	75	75	150
		%	50,0%	50,0%	100,0%

En la tabla 18 se presentan los niveles de satisfacción familiar según la unidad de servicio de hospitalización. A nivel general observamos que la mayor proporción de madres se encuentran en el nivel medio, resultando ser un 67.3%, en segundo lugar, se encuentran las madres que obtienen un nivel alto con un 17.36%, y por último el menor porcentaje se encuentra el nivel bajo representado por el 15.3%. De otro lado, en cuanto a la UCI se observa que la mayor proporción está en el nivel medio con un 68.0%, le siguen los del nivel bajo, siendo el 17.3% y finalmente los del nivel alto, representando el 14.7%. En el caso de internamiento la mayoría están en el nivel medio con un 66.7%, seguidos de quienes se ubican en el nivel alto, siendo el 20.0% y finalmente los del nivel bajo, representando el 13.3%.

Tabla 18

Nivel de satisfacción familiar según unidad de servicio de hospitalización

			Unidad de servicio de hospitalización		
			UCI	Internamiento	Total
Nivel satisfacción familiar	Bajo	Frecuencia	13	10	23
		Porcentaje	17,3%	13,3%	15,3%
	Medio	Frecuencia	51	50	101
		Porcentaje	68,0%	66,7%	67,3%
	Alto	Frecuencia	11	15	26
		Porcentaje	14,7%	20,0%	17,3%
Total	Frecuencia	75	75	150	
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	

En la tabla 19 se muestra la frecuencia y porcentaje de las madres en relación a la variable Satisfacción familiar, de manera general se obtuvo que la mayor parte de las progenitoras(49,3%) manifestaron sentirse generalmente satisfecho, y otra parte considerable (34,7%) refirieron sentirse indecisos en relación a la variable.

Tabla 19

Satisfacción familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Generalmente insatisfecho	10	6,7
Indeciso	52	34,7
Generalmente satisfecho	74	49,3
Extremadamente satisfecho	14	9,3
Total	150	100,0

En la tabla 20 se muestra la frecuencia y porcentaje de las madres en relación a la Satisfacción familiar según la unidad de hospitalización, se obtuvo que en la población de UCI la mayor parte de las progenitoras(24,7%) manifestaron sentirse generalmente satisfecho y otra parte considerable (16,7%) refirieron sentirse indecisos en relación a la variable. Asimismo, en la población de Intermedio I la mayor parte de las progenitoras (24,7%) sentirse generalmente satisfecho y otra parte considerable (18%) refirieron sentirse indecisos en relación a la variable.

Tabla 20

Satisfacción familiar según unidad de hospitalización

			Unidad de hospitalización		Total
			UCI	Intermedio I	
Satisfacción familiar	Generalmente insatisfecho	Recuento	5	5	10
		%	3,3%	3,3%	6,6%
	Indeciso	Recuento	25	27	52
		%	16,7%	18,0%	34,7%
	Generalmente satisfecho	Recuento	37	37	74
		%	24,7%	24,7%	49,4%
Total	Extremadamente satisfecho	Recuento	8	6	14
		%	5,3%	4,0%	9,3%
		Recuento	75	75	150
			%	50,0%	100,0%

En la tabla 21 se presentan los estadísticos descriptivos, relacionados a satisfacción familiar expresados en sus puntajes directos. Se muestra que la media es de 35.53, la cual explica que las evaluadas presentan un nivel moderado de satisfacción con respecto al funcionamiento familiar. En relación a la mediana, el 50% de las evaluadas se encuentra por debajo de 36, por otro lado, la moda obtiene un valor de 37. Por último, se observa que los puntajes con respecto a la media fluctúan en un valor de 5.939.

Tabla 21

Estadísticos para Satisfacción familiar

Satisfacción familiar	
Media	35,53
Mediana	36,00
Moda	37
Desviación estándar	5,939

Análisis de la bondad de ajuste a la curva normal

En la tabla 22 se muestra el análisis de la normalidad para las variables estrés parental y sus dimensiones, así también para satisfacción familiar. Se puede ver que todas las variables presentan valores p menores a 0.05, lo cual explica que no se ajustan a la distribución normal. En tal sentido, la prueba de hipótesis para las correlaciones se realizará con el estadístico no paramétrico Rho de Spearman.

Tabla 22

Prueba de normalidad para las variables analizadas mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	GI	P
Estrés parental	,108	150	,000
Aspectos y sonidos de la unidad	,104	150	,000
Apariencia y conducta del niño	,078	150	,028
Relación con el niño y papel de padres	,146	150	,000
Conducta y comunicación con el personal	,099	150	,001
Satisfacción familiar	,091	150	,004

a. Corrección de significación de Lilliefors

4.2 Análisis inferencial

En la tabla 23 se observa la correlación encontrada entre estrés parental y satisfacción familiar. Cabe mencionar que, una correlación estadísticamente significativa es aquella que obtiene un valor p menor a 0.05. Por tanto, se puede afirmar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el estrés parental y la satisfacción familiar ($p=0.346$). Siendo ambas variables independientes entre sí.

Tabla 23

Correlación entre Estrés parental y Satisfacción familiar

		Satisfacción familiar
Rho de Spearman	Estrés parental	Coeficiente de correlación
		P
		N
		.078
		.346
		150

En la tabla 24 se observa la correlación encontrada entre aspectos y sonidos de la unidad y satisfacción familiar. De lo hallado, se puede afirmar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre aspectos y sonidos de la unidad y la satisfacción familiar ($p=0.800$).

Tabla 24

Correlación entre Aspectos y sonidos de la unidad y Satisfacción familiar

		Satisfacción familiar
Rho de Spearman	Aspectos y sonidos de la unidad	Coeficiente de correlación
		P
		N
		-.021
		.800
		150

En la tabla 25 se muestra la correlación hallada entre apariencia y conducta del niño y satisfacción familiar. De lo hallado, se puede afirmar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre apariencia y conducta del niño y la satisfacción familiar ($p=0.942$).

Tabla 25

Correlación entre Apariencia y conducta del niño y Satisfacción familiar

			Satisfacción familiar
Rho de Spearman	Apariencia y	Coefficiente de correlación	-.006
	conducta del niño	P	.942
		N	150

En la tabla 26 se muestra la correlación hallada entre relación con el niño y papel de padres y satisfacción familiar. De lo hallado, se puede afirmar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre relación con el niño y papel de padres y la satisfacción familiar ($p=0.418$).

Tabla 26

Correlación entre Relación con el niño y papel de padres y Satisfacción familiar

			Satisfacción familiar
Rho de Spearman	Relación con el niño	Coefficiente de correlación	.067
	y papel de padres	P	.418
		N	150

En la tabla 27 se muestra la correlación hallada entre conducta y comunicación con el personal y satisfacción familiar. De lo hallado, se puede afirmar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre conducta y comunicación con el personal y la satisfacción familiar ($p=0.068$).

Tabla 27

Correlación entre Conducta y comunicación con el personal y Satisfacción familiar

			Satisfacción familiar
Rho de Spearman	Conducta y comunicación	Coeficiente de correlación	.149
	con el personal	Sig. (bilateral)	.068
		N	150

Diferencias de estrés parental y satisfacción familiar según tiempo de hospitalización, edad y grado de instrucción

En la tabla 28 se presentan las diferencias en cuanto al estrés parental según tiempo de hospitalización, la cual presenta dos categorías (de a 1 a 30 días; de 31 a más días), por lo cual se utilizó la prueba U de Mann Whitney. Se muestra un valor p mayor a 0.05 (0.776), lo que señala que no existe una diferencia estadísticamente significativa en el estrés parental según el tiempo de hospitalización.

Tabla 28

Diferencia en el Estrés parental según tiempo de hospitalización

Variable	Media		U de Mann Whitney	P
	De 1 a 30 días	De 31 días a más		
Estrés parental	132,99	133,08	787,000	,776

En la tabla 29 se presentan las diferencias en cuanto a las dimensiones del estrés parental según la edad, la cual presenta tres categorías (adolescente, joven y adulta), por lo cual se utilizó la prueba Kruskal Wallis. Se muestran valores p mayores a 0.05 en todas las dimensiones, lo que indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones del estrés parental según la edad.

Tabla 29

Diferencia en dimensiones del Estrés parental según edad

Dimensión	Media			Kruskal Wallis	P
	Adolescente (14 a 17 años)	Joven (18 a 29 años)	Adulta (30 a 45 años)		
Aspectos y sonidos de la unidad	21,56	20,07	21,41	1,946	,378
Apariencia y conducta del niño	50,22	45,95	48,86	4,048	,132
Relación con el niño y papel de padres	31,78	29,92	30,05	1,087	,581
Conducta y comunicación con el personal	31,89	35,12	35,07	1,177	,555

En la tabla 30 se presentan las diferencias en cuanto a las dimensiones del estrés parental según grado de instrucción, la cual presenta tres categorías (primaria, secundaria y superior), por lo cual se utilizó la prueba Kruskal Wallis. Se observan un valor p menor a 0.05 en el caso de la dimensión relación con el niño y papel de padres, lo cual indica que existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la relación con el niño y el papel que asume la madre según el grado de instrucción. Es así como, según las medias, son las madres con instrucción primaria las que perciben mayor estrés en cuanto a la relación con el niño y el papel de la madre (31,9) y son las que tienen instrucción superior las que perciben menos estrés en ese aspecto (28,6).

Tabla 30

Diferencia en dimensiones del Estrés parental según grado de instrucción

Dimensión	Media			Kruskal Wallis	P
	Primaria	Secundaria	Superior		
Aspectos y sonidos de la unidad	20,50	20,97	19,92	1,560	,458
Apariencia y conducta del niño	51,25	47,47	45,64	3,942	,139
Relación con el niño y papel de padres	31,92	30,38	28,61	8,891	,012
Conducta y comunicación con el personal	37,42	35,35	32,81	1,985	,371

En la tabla 31 se presentan las diferencias en cuanto a la satisfacción familiar según tiempo de hospitalización, la cual presenta dos categorías (de a 1 a 30 días; de 31 a más días), por lo cual se utilizó la prueba U de Mann Whitney. Se muestra un valor p mayor a 0.05 (0.133), lo que indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la satisfacción familiar según el tiempo de hospitalización.

Tabla 31

Diferencia en la Satisfacción familiar según tiempo de hospitalización

Variable	Media		U de Mann Whitney	P
	De 1 a 30 días	De 31 días a más		
Satisfacción familiar	35,73	33,17	611,500	,133

En la tabla 32 se presenta la diferencia en la satisfacción familiar según la edad, la cual presenta tres categorías (adolescente, joven y adulta), por lo cual se utilizó la prueba Kruskal Wallis. Se muestra un valor p mayor a 0.05 (0.396), lo que indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la satisfacción familiar según la edad.

Tabla 32

Diferencia en la Satisfacción familiar según edad

Variable	Media			Kruskal Wallis	P
	Adolescente	Joven	Adulta		
	(14 a 17 años)	(18 a 29 años)	(30 a 45 años)		
Satisfacción familiar	37,67	35,80	34,81	1,851	,396

En la tabla 33 se presenta la diferencia en cuanto a la satisfacción familiar según grado de instrucción, la cual presenta tres categorías (primaria, secundaria y superior), por lo cual se utilizó la prueba Kruskal Wallis. Se muestra un valor p menor a 0.05, lo que indica que existe una diferencia estadísticamente significativa en la satisfacción familiar según el grado de instrucción. Es así como, según las medias, son las madres con instrucción superior las que

presentan menos satisfacción familiar (33,08) en comparación con las madres con instrucción primaria y secundaria (36,83 y 36,24 respectivamente).

Tabla 33

Diferencia en la Satisfacción familiar según grado de instrucción

Variable	Media			Kruskal Wallis	P
	Primaria	Secundaria	Superior		
Satisfacción familiar	36,83	36,24	33,08	7,285	,026

Análisis complementario

En la tabla 34 se muestra la correlación hallada entre estrés parental y satisfacción familiar según unidad de servicio de hospitalización. Cabe señalar que, una correlación estadísticamente significativa es la que presenta un valor p menor a 0.05. De acuerdo a ello, se puede afirmar que sí existe una correlación estadísticamente significativa y directa entre el estrés parental y la satisfacción familiar ($p=0.012$) en el caso de las madres de niños hospitalizados en UCI. En ese sentido, las madres de niños hospitalizados en UCI que presentan mayor satisfacción familiar tienden a presentar mayor estrés parental.

Tabla 34

Correlación entre Estrés parental y Satisfacción familiar según unidad de servicio de hospitalización

				Satisfacción familiar
Rho de Spearman	Estrés parental	UCI	Coeficiente de correlación	,289*
			P	.012
			N	75
	Intermedio I		Coeficiente de correlación	-.159
			P	.173
			N	75

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 35 se presentan las diferencias en cuanto al estrés parental según unidad de servicio de hospitalización, la cual presenta dos categorías (UCI e Intermedio I), por lo cual se utilizó la prueba U de Mann Whitney. Se muestra un valor p mayor a 0.05 (0.985), lo que indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa en el estrés parental según la unidad de servicio de hospitalización.

Tabla 35

Diferencia en el Estrés parental según unidad de servicio de hospitalización

Variable	Media		U de Mann Whitney	P
	UCI	Intermedio I		
Estrés parental	131,91	134,09	2807,500	,985

En la tabla 36 se presentan las diferencias en cuanto a la Satisfacción familiar según unidad de servicio de hospitalización, la cual presenta dos categorías (UCI e Intermedio I), por lo cual se utilizó la prueba U de Mann Whitney. Se muestra un valor p mayor a 0.05 (0.661), lo que indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la satisfacción familiar según unidad de servicio de hospitalización.

Tabla 36

Diferencia en la satisfacción familiar según unidad de servicio de hospitalización

Variable	Media		U de Mann Whitney	P
	UCI	Intermedio I		
Satisfacción familiar	35,60	35,45	2696,000	,661

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio consiste en determinar la relación que existe entre los niveles de la satisfacción familiar y estrés parental en progenitoras de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología (UCI) mediante un diseño ex post-facto, de acuerdo a variables de comparación como la edad, sexo y tiempo de hospitalización.

A partir de los hallazgos encontrados, se rechaza la hipótesis general que establece que existe relación entre los niveles de la satisfacción familiar y estrés general en madres de hijos hospitalizados en el servicio de Neonatología; sin embargo, este resultado es parcialmente aceptado puesto que este hallazgo cambia según unidad de hospitalización. Estos resultados guardan relación con lo que sostienen Femenías y Sánchez (2003), quienes señalan que existe una correlación entre bienestar psicológico y satisfacción familiar. Así mismo, Villanova, Eimil, Cuéllar y Palacios (2013), encontraron que el nacimiento de un bebé con alguna patología produce un nivel elevado de angustia en el entorno familiar, principalmente en la madre.

En relación a la hospitalización de su hijo, a nivel general las evaluadas catalogan a dicha situación como muy estresante (53,3%), lo cual concuerda con la investigación realizada por González, Ballesteros y Serrano (2012) donde encontraron que el 89% de madres percibían dicha situación como muy o extremadamente estresante, que además apoya a los diferentes estudios como el planteado por Canales y Palomino (2013) que sugiere que la admisión de un hijo, en este caso, un neonato hospitalizado en el servicio de Neonatología es un acontecimiento estresante para las madres y por ende para la familia. Sin embargo, dicho resultado difiere con lo encontrado por Aguiñaga, Reynaga y Beltrán (2016), quienes reportaron que, para la mayoría de las madres de neonatos en estado crítico, la experiencia de la hospitalización de un hijo en la UCI fue poco estresante o no estresante al igual que Giraldo et al. (2013), quienes encontraron que para la mayoría de las progenitoras, la internalización

de su hijo significó una experiencia poco estresante. La diferencia entre los estudios mencionados podría deberse a la familiaridad con el evento, experiencias previas con otros familiares o la congruencia entre las expectativas que tiene la madre y la realidad del recién nacido siendo dos factores que jugarían un rol crucial para el incremento de estrés en relación a este punto en particular. En el caso específico del presente estudio, se puede señalar que para la mayoría de madres participantes la hospitalización de su bebé era un evento nuevo.

En relación con el nivel de estrés parental según tiempo de hospitalización del neonato, se muestra un valor p mayor a 0.05 (0.776), lo cual indica que no existe una diferencia significativa en función del tiempo.

Con respecto a las dimensiones del estrés parental en las madres según edad, las cuales se han agrupado en adolescente, joven y adulta. Se encontró que no existen diferencias significativas entre sus respectivas dimensiones. Por otro lado, existen diferencias estadísticamente significativas entre el grado de instrucción con respecto a la dimensión del estrés parental, relación con el niño y el papel de padres, es así que, las que perciben mayor estrés en esta dimensión son las madres que tienen instrucción primaria ($X=31,9$).

Otro hallazgo relevante en el presente estudio, fue lo concerniente a la dimensión de estrés parental, relación con el niño y papel de padres, el cual fue percibido por las madres como una situación extremadamente estresante para ellas, a diferencia de las otras dimensiones que lo percibieron en un grado menor, dicho resultado coincide con lo obtenido en la investigación realizada por Banda y Fustamante (2015), quienes encontraron un 81,25% de madres que catalogaron a dicha dimensión como extremadamente estresante. Sin embargo, difiere con González, Ballesteros y Serrano (2012), los cuales encontraron que habían madres que manifestaban estrés en una menor intensidad con respecto a dicha dimensión. La diferencia entre los estudios mencionados podría explicarse por la representación del futuro hijo que forma la madre durante la gestación, al verse interrumpido el proceso normal se rompe con esa preparación psicológica, teniendo un gran impacto en la organización de la vinculación temprana con el bebé (Villanova, Eimil, Cuéllar y Palacios, 2013). Además se debe tomar en cuenta las experiencias previas que pueda tener la madre con respecto a la vinculación afectiva con su progenitora (Quezada, Zavala y Lenti, 2015). En el caso específico de la población estudiada, se puede agregar que las madres en su gran mayoría manifestaron ser su primer embarazo así como estar satisfechas con su núcleo familiar y su funcionamiento.

Por otra parte, Aguiñaga, Reynaga y Beltrán (2016), encontraron que dicha dimensión es referida como una experiencia moderadamente estresante y Giraldo et al. (2013) como poco estresante, apoyando este resultado, Aguiñaga, Reynaga y Beltrán (2016), mencionan que la separación inevitable de los padres con el neonato en la UCI, los obliga a confiar en los profesionales a cargo de la unidad y a dejar de lado la postura del querer tomar el control de la situación.

Es necesario tomar en cuenta que el rol de la madre se ve afectado en cuanto a la comunicación física (no poder cambiar al bebé) como emocional (por un horario establecido para verlo y no poder compartirlo), además de sentir frustración por no poder evitar procedimientos que son dolorosos para el bebé, todo estos aspectos hacen que el tiempo de hospitalización de un hijo sea percibido como estresante por las progenitoras.

Por otra parte, se ha visto que la mayor cantidad de personas que laboran en el servicio de neonatología y la relación que puedan mantener con el equipo de salud no es considerado como un factor estresante para las madres, sino por el contrario como un factor protector además de un signo de mayor atención al bebé, reconociendo que son personas calificadas para cuidar de sus hijos.

Al comparar los niveles de la satisfacción familiar de las madres participantes según edad, entre adolescente, joven y adulta no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0.396$), caso contrario ocurre cuando se relaciona con el grado de instrucción donde se encontró diferencia significativa con la satisfacción familiar ($p<0.05$). Es así que, son las madres con grado de instrucción superior las que presentan menor satisfacción ($X=33,08$) en comparación con las madres de grado instrucción primaria y secundaria ($X=36,83$ y $X=36,24$ respectivamente). La explicación para estos resultados podría deberse a que al ser la satisfacción familiar una variable aparentemente más estable y anterior a la situación de hospitalización, las personas que están más satisfechas con sus familias son quienes experimentan mayor estrés al tener un hijo hospitalizado. Además, tomando en cuenta las características sociodemográficas de la población de estudio, muchas de las madres participantes formaban parte de su propio núcleo familiar mientras que otras aún continuaban integrando la familia de origen.

Asímismo, los resultados mostraron que la dimensión aspectos y sonidos de la unidad del estrés parental y la satisfacción familiar en madres, no presentaban correlación significativa ($p=0.800$). En relación a ello, se observa que el mayor porcentaje de madres, manifestaron

que el estar en contacto con equipos, ruidos, otros neonatos en situación similar al de sus propios hijos, les resulta una experiencia muy estresante; resultados que difieren con lo encontrado por Giraldo et al. (2013), quienes reportaron que las madres participantes en su estudio, refirieron haber sido una experiencia poco estresante para ellas. Esta diferencia podría basarse en que dicho estudio fue con muestra diferente (padres y madres), y el presente trabajo abordó una muestra exclusivamente de madres. Esto indicaría que el nivel de estrés experimentado por las madres también puede variar según estado civil y edad.

Así también, la dimensión del estrés parental, apariencia y conducta del niño y la satisfacción familiar de las madres participantes no presentan correlación significativa ($p=0.942$) demostrándose así la independencia entre las mismas. En relación a ello, se observa que el mayor porcentaje de madres manifestaron que ver el comportamiento de su hijo ante los estímulos y tratamiento, les resultó una experiencia muy estresante; resultados que difieren con lo encontrado por Giraldo et al. (2013), quienes precisaron que, dicha dimensión para las madres participantes resultó haber sido una experiencia poco estresante para ellas.

Cuando buscamos identificar la relación entre la dimensión del estrés parental, niño y papel de padres y la satisfacción familiar en las madres, vemos que no existe una correlación estadísticamente significativa entre ambas ($p=0.418$), de igual manera que con la dimensión conducta y comunicación con el personal ($p=0.068$), demostrándose que las variables son independientes entre sí. En relación a ello, se observó que la dimensión niño y papel de padres resultó para las madres (55,3%) una experiencia extremadamente estresante, explicado en que todo lo relacionado con la alteración de su rol parental se da cuando este es asumido por el profesional de la salud a cargo, experimentando un torbellino de emociones que van desde frustración hasta angustia; resultados que difieren con lo encontrado por Giraldo et al. (2013), quienes reportaron que las madres participantes en su estudio, refirieron haber sido una experiencia poco estresante para ellas.

Además con respecto a la dimensión conducta y comunicación con el personal, se observa que el mayor porcentaje de madres (49,3%) manifiestan que en relación a la interacción con los profesionales y el lenguaje usado por los mismos al brindarles información sobre la salud de su hijo, les resulta una experiencia muy estresante; resultados que difieren con lo encontrado por Giraldo et al. (2013), quienes reportaron que las madres participantes refirieron haber sido una experiencia que no les generaba estrés. Lo que no menciona este último autor sobre el análisis de esta dimensión: conducta y comunicación con el personal, si se realizó tomando en

cuenta alguna variable en comparación o no, a diferencia del presente estudio, que analizó la dimensión tomando en cuenta por ejemplo el tiempo de hospitalización.

Por otro lado, es menester destacar que las características relevantes de las madres que se configuraron como factor protector fueron el contar con familiares aledaños como red de apoyo primaria y el grado de instrucción, las cuales son considerados recursos que pueden ayudar al individuo a sobrellevar una crisis y por ende afrontar un evento estresante de manera que les facilite la resolución del problema.

Cabe señalar, que el principal factor de estrés para las madres que tienen un hijo hospitalizado en el servicio de Neonatología, independientemente de la unidad de hospitalización es la dimensión “Relación con el niño y papel de padres”, lo cual concuerda con la investigación realizada por Banda y Fustamante (2015), donde los datos reflejan que para las madres en su gran mayoría (76,9%) esta dimensión jugó un papel como factor generador de mayor estrés a diferencia de las demás dimensiones. Esto permite apreciar que la interacción con un recién nacido hospitalizado no es una actividad sencilla y dependerá mucho de la capacidad de adaptación y una gran sensibilidad por partes de los padres (Villanova, Eimil, Cuéllar y Palacios, 2013).

Asimismo, se observa que en relación a la frecuencia y porcentaje de las madres con respecto a la variable Estrés parental, según la unidad de hospitalización, se encuentra que en la población de UCI la mayor parte de las progenitoras (24,7%) manifiestan que perciben al ambiente de hospitalización como una experiencia muy estresante, y 16,7% como algo moderadamente estresante. Lo anterior discrepa con la investigación realizada por Campos (2017), donde las madres reportaron que para un 70% de ellas la hospitalización de un hijo era una situación moderadamente estresante mientras que para un 17% era una experiencia extremadamente estresante. Por otro lado, Aguiñaga, Reynaga y Beltrán (2016) encontraron que para un 60% de las madres era percibido como poco estresante, lo cual coincide con el estudio hecho por Giraldo et al. (2013). Asimismo, en la población de Intermedio I la mayor parte de las progenitoras (24,7%) manifiestan que perciben al ambiente de hospitalización como una experiencia muy estresante, sin embargo, otra parte considerable (18%) la experimenta como algo moderadamente estresante. Complementando lo anteriormente mencionado, se puede señalar que las madres afrontan también ciertas limitaciones para velar por el cuidado de otros hijos, lo que influye en la constante involucramiento del cuidado del hijo hospitalizado, todo ello, lleva a la conclusión de la existencia de cambios y por ende una

transformación dentro de la dinámica familiar (Gallegos, Reyes y Silvan, 2013). Debemos hacer la precisión, que la hospitalización del bebé, implica un agente estresor por la separación del binomio madre-bebé y esto si bien es cierto supone alteraciones emocionales en las madres que pueden variar desde activar o bloquear ciertos comportamientos (Villanova, Eimil, Cuéllar y Palacios, 2013).

Por tanto, es el factor relacionado con el rol parental el que más aumenta los niveles de estrés en las progenitoras y que viéndolo desde un punto de vista macro, son las circunstancias que están ligadas con el cuidado y el contacto cercano con el recién nacido, las que más aturden a las madres. Sin embargo, esto no quiere decir que, los otros factores o dimensiones son ajenos a estos efectos en las madres, las cuales lo manifiestan, pero en menor medida.

CONCLUSIONES

A nivel general, se observa que la satisfacción familiar y estrés parental en madres con hijos hospitalizados en el servicio de Neonatología, no presentan correlación estadísticamente significativa. Sin embargo, esta correlación es estadísticamente significativa y positiva en el caso de las madres de niños hospitalizados en UCI a diferencia de las madres de la unidad de intermedio I.

El nivel de estrés que las madres percibían no se veía afectado ni por el tiempo de hospitalización ni la edad de las mismas. Estas variables de comparación se analizaron en las unidades de UCI e Intermedio I, obteniendo el mismo resultado.

Existe diferencia significativa según grado de instrucción entre las madres, en cuanto a la dimensión del estrés parental relación con el niño y el papel de padres. Es así que, son las madres con instrucción primaria las que perciben mayor estrés en cuanto a esta dimensión y son las que tienen instrucción superior las que perciben menos estrés en ese aspecto.

La muestra total de madres de niños hospitalizados en el servicio de Neonatología, refieren tener un nivel moderado en cuanto a la variable de satisfacción familiar. Al realizarse el análisis en las unidades de UCI e Intermedio I, se obtiene el mismo resultado.

Respecto al análisis del nivel de significación de la satisfacción familiar según tiempo de hospitalización, edad y grado de instrucción, se observa que no existe una diferencia estadísticamente significativa según el tiempo de hospitalización, edad. No obstante, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la satisfacción familiar y el grado de instrucción. Es así que, son las madres con instrucción superior las que presentan menos satisfacción familiar en comparación con las madres con instrucción primaria y secundaria.

El análisis del nivel de significación y la correlación entre la satisfacción familiar con las diferentes dimensiones del estrés parental (aspectos y sonidos de la unidad, apariencia y conducta del niño, papel de padres y niño, conducta y comunicación con el personal), muestra que no existe una correlación estadísticamente significativa entre ellas. Lo que nos permite entender que si bien es cierto estas dimensiones juegan como estresores tanto internos como externos para generar estrés en las madres, son independientes del impacto que pueda tener la satisfacción familiar en la percepción de las madres ante la hospitalización del recién nacido. Esta investigación permite conocer con bases científicas, los argumentos para una mejor comprensión del estrés parental a través del plano de la actuación de las madres de hijos hospitalizados, la cual será influenciada por la percepción de su satisfacción familiar como resultado del análisis de los componentes considerados dentro del modelo circumplejo de Olson (cohesión, flexibilidad y comunicación). Asimismo, nos brinda un alcance de poder plantear alternativas de cómo abordar el estrés parental, a partir del conocimiento de su naturaleza, específicamente a través de los factores internos y externos del ambiente de hospitalización, evidenciando lo propuesto en el modelo propuesto por Neuman.

RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta algunas implicaciones prácticas encontradas en el presente estudio sería deseable efectuar intervenciones a nivel familiar, la cual minimizaría el impacto emocional y por ende mejorar la aceptación y la comprensión de la condición del niño hospitalizado fomentando un vínculo saludable.

Promover un mayor número de investigaciones en poblaciones menos favorecidas o que se encuentren en riesgo psicosocial, lo cual apoyaría la implementación de estrategias cruciales para la atención en situaciones especiales como la hospitalización de un recién nacido.

Considerar la indagación de otros factores predictores para el rompimiento del vínculo temprano entre madre-bebé que puedan incrementar el nivel de estrés para las madres tales como: número de hijos, estado civil, los cuales no han sido parte de las variables de comparación en el presente estudio, y que podrían estar explicando el desarrollo de esta condición.

Poner en conocimiento a las entidades que norman la atención en los servicios de neonatología, principalmente en la unidad de cuidados intensivos una redefinición de una atención integral de cada familia implicada en la hospitalización de un recién nacido, tomando en cuenta que la participación de los padres es un punto clave durante el proceso.

Establecer como nueva línea de investigación en Psicología, la Satisfacción familiar y sus implicaciones en el estrés parental a fin de seguir brindando mayores evidencias.

Proponer y trabajar en el desarrollo de una Guía Nacional de Abordaje Psicológico para familias en situaciones especiales como la hospitalización de un recién nacido a nivel del sector salud para una mayor comprensión de los tópicos claves como la atención, manejo,

prevención y promoción de la salud. Dicha estrategia podría estar dirigida principalmente en aquellas poblaciones de riesgo.

Asimismo, considerar la posibilidad de cambio de paradigmas, es decir trabajar en pro de que la praxis profesional se focalice en la atención humanizada del cuidado.

En investigaciones próximas se deberían tomar en cuenta e implementar intervenciones educativas, que vayan encaminadas al trabajo con el equipo multidisciplinario relacionado a la educación de la población, haciendo énfasis en el tema de cuidado tanto centrado en la familia como el individualizado que conlleva al desarrollo del neonato, entre otras como parte de estrategias para la promoción de una cultura de prevención.

Es imprescindible el apoyo por un profesional especializado en psicología perinatal, el cual ayudará a prevenir trastornos como la ansiedad, depresión posparto y en el abordaje de los trastornos del vínculo con el bebé, algo frecuente que se da cuando el bebé está internado.

Considerando los resultados obtenidos, es necesario y oportuno promover programas de educación para los padres, para brindarles información y soporte sobre las necesidades de los bebés en dicha condición, entre ellas las experiencias emocionales del recién nacido durante las interacciones cotidianas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidín, R. (1995). *Parenting Stress Index*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Aguiñaga, M., Reynaga, F. y Beltrán, A. (2016). Estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización. *Revista de enfermería*, 24(1), 27-35.
- Banda, C. y Fustamante, M. (2015). *Factores ambientales y estrés en madres de neonatos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos e intermedios I*. (Tesis para optar el título de enfermería). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo-Perú.
- Barraca, J. y López, L. (2010). *Escala de Satisfacción familiar por adjetivos*. Madrid: Tea.
- Bernat, R.; López, J. y Fontseca, J. (2000). Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos. *Revista de enfermería*, 10(1), 11-12.
- Buendía, J. (1999). *Familia y psicología de la salud*. Madrid, España: Ediciones Pirámide S. A.
- Buford, T., Carter, M., Hassanein, R. y Miles, M. (1985). Stressors in the pediatric intensive care unit as perceived by mother's and father's. *Maternal Child Nursing Journal*, 18(3) p. 221-234
- Boullosa, N. (2004). *Condicionantes y caracterización del estrés, en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados*. (Tesis para optar el grado de Licenciada en Obstetricia y Puericultura). Universidad Austral de Chile, Valdivia-Chile.

- Campos, Y. (2017). *Nivel de estrés en madres con recién nacidos hospitalizados en neonatología, del Hospital José Agurto Tello de Chosica* (Tesis para el título de especialista en enfermería en Neonatología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú.
- Canales, P. y Palomino, A. (2013). *Nivel de estrés en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados, Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica* (Tesis para optar el título de licenciada en enfermería en la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica). Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Ica-Perú.
- Céspedes, L.; Roveglia, A. y Coppari, N. (2014). Satisfacción en adolescentes de un colegio privado de Asunción. *Revista científica Eureka*, 11(1), 37-51. Asunción: Paraguay.
- Cohen, S.; Kessler, R. y Underwood, L. (1995). *Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists*. New York: Oxford.
- Comín, E., De la Fuente, I. y Gracia, A. (2012). *El estrés y el riesgo para la salud* (11^o ed.). Barcelona, España: Ediciones MAZ S. A.
- Cusinato, M. (1992). *Psicología de las relaciones familiares*. Barcelona: Editorial Herder.
- Daneri, F. (2012). Biología del comportamiento – psicobiología del estrés. *Revista académica de biología del comportamiento*. Buenos Aires: Argentina.
- Dávila, E. y Estacio, R. (2012). *Estresores y nivel de estrés en madres de recién nacidos*. (Tesis para optar el título de licenciada de enfermería). Trujillo. Perú.
- Elosua, P. y Zumbo, B. (2008). Reliability coefficients for ordinal response scales. *Psicothema*, 20(4), 896 – 901.
- Elsner, P.; Montero, M.; Reyes, C.; Zegers, B. (2000). *La familia: una aventura*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

- Femenías, M. y Sánchez, J. (2003). Satisfacción familiar, bienestar psicológico y ansiedad en parejas con hijos con necesidades educativas especiales. *Revista española sobre discapacidad intelectual*, 34 (3), 19-28.
- Gallegos, J., Reyes, J. y Silvan, C. (2013). El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 21(6), 1360 – 1366. DOI: 10.1590/0104-1169.2970.2375
- Garro, L. (2011). *Factores perinatales asociados a muerte neonatal precoz y tardía en recién nacidos menores de 1500 g en el Instituto Nacional Materno Perinatal*. (Tesis para optar el título de médico cirujano). Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú.
- Giraldo, D.; Lopera, F.; Duque, Y.; Londoño, A.; Gaviria, C.; Restrepo, A.; Aguirre, M. (2013). Estrés y factores relacionados en padres con hijos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Revista Horizonte Enfermería*, 23(3), 13-22.
- González, D., Ballesteros, N. y Serrano, M. (2012). Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado*, 9(1), 43-53. ISSN: 1794-9831.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de investigación*. México: Editorial McGraw-Hill / Interamericana.
- Herreros, M. (2015). La respuesta psicosocial de padres y madres de recién nacidos prematuros ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales y los cuidados de enfermería. *Revista académica de enfermería*. España: Sevilla.
- Instituto Nacional Materno Perinatal (2014). *Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios*. Ministerio de Salud. Lima, Perú.
- Instituto Nacional Materno Perinatal. (13 de Noviembre de 2015). El 9.5% de nacimientos en el INMP corresponde a prematuros. Obtenido de Instituto Nacional Materno Perinatal: <https://www.inmp.gob.pe/noticia/el-95-de-nacimientos-en-el-inmp-corresponde-a-prematuros>

- Iraurgi I., Sanz, M. y Martínez, A. (2004). Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Revista Adicciones*, 16(3), 185-195.
- Iriarte, R. y Carrión, T. (2013). Experiencias de los padres de grandes prematuros en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: revisión sistemática de la evidencia cualitativa. *Revista Metas de enfermería*, 16(2), 20-25.
- Izzedin-Bouquet, R. (2011). El papel del psicólogo en el Servicio de Neonatología. *Revista de Perinatología y Reproducción humana*, 25(3), 188-190.
- Jackson, D. (1977). *El problema de la homeostasis familiar. En comunicación, familia y matrimonio* (3° ed.). Argentina: Nueva Visión.
- Jiménez, F., Loscertales, M., Martínez, A., Merced, M., Lanzarote, D., Macias, C. y Rivera, N. (2003). Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar. *Revista pediátrica*, 11(2), 27-33.
- Lazarus, R. y Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.
- Miles, M., Funk, S. y Carlson, J. (1993). Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. *Nursing Research*, 42 (3), p. 148-152.
- Minuchin, S. y Fishman, H.Ch. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno, A. (2015). *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Moscoso, M. (2009). Psicología de la salud. *Revista de psicología*. PUCP. 12(1).
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (3° ed.). EUA: Appleton y Lange.
- Oiberman, A. (2013). *Nacer y acompañar: abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Buenos Aires: Argentina.
- Oiberman, A. (2005). *Nacer y después ...: aportes a la psicología perinatal*. Buenos Aires: JCE.

- Oliveros, M. y Chirinos, J. (2008). Prematuridad: epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal. Pronóstico y desarrollo a largo plazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54 (1), 7-10.
- Olson, D. y Wilson, M. (1982). Family Satisfaction Scale. En Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M. y Wilson, M. (eds), *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle*, 43-49. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Olson, D. (1995). *Family Satisfaction Scale*. Minneapolis, MN: Life Innovations. Recuperado de www.facesiv.com
- Olson, D. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167.
- Olson, D., y Gorall, D. (2006). *FACES IV y the Circumplex Model*. Minnesota: Life Innovations.
- Oviedo, H. y Campos-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572 – 580.
- Palma, E; Von F.; Morales, I; Cifuentes, J. y Ambiado, S. (2017). Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal. *Revista chilena pediátrica*, 88(3), 332-339.
- Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Revista Terapia psicológica*, 29(1), 85-95.
- Pérez, J. (2014). *El estrés parental en familias en situación de riesgo psicosocial*. (Tesis para optar el grado de doctor en psicología clínica). Universidad de Huelva. Huelva. España.
- Pérez, J. y Menéndez, S. (2014). Un análisis tipológico del estrés parental en familias en riesgo psicosocial. *Revista de salud mental*, 37 (1), 27-34.
- Presa, M. (2015). *Estrés en la familia y funcionamiento familiar en un hospital psiquiátrico de México*. (Tesis para optar el grado de doctor en psicología). Universidad Pontificia Comillas. Madrid. España.
- Quezada, J; Zavala, E. y Lenti, M. (2015). Satisfacción familiar en mujeres jóvenes. *Avances en Psicología*, 23 (2), 223 – 229.

- Quiroga, M. y Sánchez, M. (1997). Análisis de la insatisfacción familiar. *Revista Psicothema*, 9 (1), 69 – 82.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22da. ed.). Madrid: Autor.
- Reynaga, L. (1996). *Estrés de padres en la unidad de cuidados intensivos neonatales*. (Tesis para obtener el grado de maestría en enfermería con especialidad en materno infantil: pediatría). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey-México.
- Rodríguez, L. (2017). *Satisfacción familiar en los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa “Pedro Nolasco” Nuevo Chimbote* (Tesis para obtener el título de psicóloga). Universidad San Pedro, Chimbote-Perú.
- Rojas, M. (2005). *Nivel de conocimientos y tipo de participación que tienen las madres durante la atención del niño hospitalizado en el servicio de clínica pediátrica del HNERM*. (Tesis para optar el título de especialista en enfermería pediátrica). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.
- Ruiz, A., Ceriani, J., Cravedi, V. y Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Revista de pediatría*, 103 (1), 36-45.
- Sánchez y Cánovas, J. (1998). *Escala de bienestar psicológico*. Madrid: TEA.
- Sánchez, M. y Quiroga, M. (1995). Relaciones entre satisfacción familiar y laboral: variables moduladoras. *Anales de psicología*, 11(1), 63-75.
- Sandín, B. (2009). *El estrés. Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Sandoval, F. y Sepúlveda, C. (2012). *Autopercepción del nivel de satisfacción familiar y bienestar psicológico en adolescentes de la ciudad de Chillán*. (Tesis para obtener el grado de psicólogo). Universidad del Bío Bío, Chillán-Chile.
- Sanz, M. (2008). *Escala de Satisfacción Familiar y Evaluación e Intervención Familiar, Manual de Instrumentos de Evaluación Familiar*. Madrid: Editorial CCS.

- Sobrino, L. (2008). Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *Avances en Psicología*, 16 (1), 109 – 137.
- Solano, Z. (2015). *Intervención de la madre acompañante en el cuidado al niño hospitalizado del servicio de pediatría de un hospital local*. (Tesis para optar el título del licenciado de enfermería). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. Perú.
- Vera, J., Cruz, H. y Pérez, J. (2009). Niveles de estrés en madres en niños atendidos en un centro de desarrollo infantil y atención temprana de niños de población general. *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 159-166.
- Villanova, F.; Eimil, B.; Cuéllar, I. y Palacios, I. (2013). Estrés materno en la organización del vínculo madre-bebé prematuro de bajo peso. *Revista de Clínica Contemporánea*, 4(2), 171-183.
- Villarreal, D. (2017). *Adaptación psicométrica de la Escala de satisfacción familiar en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis para optar grado de psicólogo). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima: Perú.
- Ylali, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología: rol y estilo personal*. Buenos Aires: Argentina.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,con DNI
....., a través del presente documento expreso mi
voluntad de participar en la investigación titulada: RELACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN
FAMILIAR Y ESTRÉS PARENTAL EN MADRES DE HIJOS HOSPITALIZADOS EN
EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA (UCI) DEL INSTITUTO MATERNO
PERINATAL.

Habiendo sido informado (a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y
teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será
solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la
investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima
confidencialidad.

USUARIO PARTICIPANTE

DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS

A continuación, encontrará una serie de preguntas a las cuales usted debe responder de acuerdo a las instrucciones. Por favor recuerde proporcionar la información que se le solicita. Es importante manifestar que la información que se recaba es totalmente confidencial y anónima. Marque con (X) donde corresponda.

Edad: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Nivel socioeconómico: A__ B__ C__ D__ E__

Distrito donde vive _____

Grado de instrucción:

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

Estado Civil:

Soltero/a () Conviviente () Divorciada ()

Casada/o () Separada () Viuda ()

Trabaja actualmente: SI () NO ()

¿Quién trabaja en su familia?

Solo yo ()

Mi pareja ()

Ambos ()

Otros:

¿Quiénes conforman su familia? Puedes marcar más de uno

Pareja () Suegros () Hermanos () Hijo(s) ()

Tíos () Mis padre (s) () Otros: Especificar: _____

N° de hijos que viven en la familia _____

N° de hijos que están hospitalizados _____

Tiempo de hospitalización _____ días

Sector de hospitalización de UCI:

A ()

B ()

C ()

ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL: UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
NEONATAL

Basado por: Miles, M.S, Funk, S., Carlson, J. (1993)

INSTRUCCIONES

En el cuestionario, marque con una X solamente el número que exprese mejor lo estresante que cada experiencia ha sido para usted desde la admisión de su hijo. Los números indican los siguientes niveles de estrés:

1 = No estresante (la experiencia no le causó sentirse alterado, tenso o ansioso)

2 = Un poco estresante

3 = Moderadamente estresante

4 = Muy estresante

5 = Extremadamente estresante (la experiencia le causó sentirse alterado, tenso o ansioso)

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
ASPECTOS Y SONIDOS DE LA UNIDAD					
1.- La presencia de monitores y equipo					
2.- El ruido constante de monitores y equipo					
3.- El sonido repentino de alarmas de monitor					
4.- Los otros bebés enfermos en la unidad					
5.- El gran número de gente trabajando en la unidad					
6.- Tener una máquina (respirador) respirando por mi bebé					
APARIENCIA Y CONDUCTA DEL NIÑO	1	2	3	4	5
7.- Tubos y equipo en, o cerca de mi bebé					
8.- Heridas, cortadas o incisiones en mi bebé					
9.- El color inusual de mi bebé (por ejemplo					

pálido o amarillento)					
10.- Los patrones respiratorios inusuales de mi bebé					
11.- El tamaño tan pequeño de mi bebé					
12.- La apariencia arrugada de mi bebé					
13.- Ver agujas y tubos puestos en mi bebé					
14.- Que mi bebé sea alimentado por una línea o tubo intravenoso					
15.- Cuando mi bebé parece tener dolor					
16.- Cuando mi bebé se ve triste					
17.- La apariencia débil y móvil de mi bebé					
18.- Movimientos irregulares e inquietos de mi bebé					
19.- Que mi bebé no pueda llorar como otros bebés					
RELACIÓN CON EL NIÑO Y PAPEL DE PADRES	1	2	3	4	5
20.- Estar separado de mi bebé					
21.- No alimentarlo personalmente					
22.- No poder cuidarlo personalmente (por ejemplo cambio de pañal o baño)					
23.- No poder cargar a mi bebé cuando quiero					
24.- Sentirme inútil e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procedimientos dolorosos					
25.- Sentirme inútil acerca de cómo ayudar a mi bebé durante este tiempo					
26.- No poder estar a solas con mi bebé					
CONDUCTA Y COMUNICACIÓN CON	1	2	3	4	5

EL PERSONAL					
27.- El personal explica las cosas muy rápido					
28.- El personal utiliza palabras que no entiendo					
29.- Me dicen cosas diferentes (conflictivas) acerca de la condición de mi bebé					
30.- No me dicen lo suficiente acerca de los exámenes y tratamientos que le hacen a mi bebé					
31.- No hablan conmigo lo suficiente					
32.- Habla conmigo mucha gente diferente (médicos, enfermeras, psicólogo, otros)					
33.- Dificultad para obtener información, ayuda cuando visito o llamo a la unidad					
34.- No me siento seguro de que me van a informar acerca de los cambios en la condición de mi bebé					
35.- El personal se ve preocupado por mi bebé					
36.- El personal actúa como si no quisiera a los padres cerca					
37.- El personal actúa como si no entendiera la conducta de mi bebé o sus necesidades especiales					

ESCALA DE SATISFACCIÓN FAMILIAR (FSS)

A continuación, encontrarás una serie de enunciados acerca de cómo son las familias, cuentas con cinco posibilidades de respuesta para cada pregunta.

1	2	3	4	5
Extremadamente insatisfecho	Generalmente insatisfecho	Indeciso	Generalmente satisfecho	Extremadamente satisfecho

Te pedimos leer con detenimiento cada una de las proposiciones y contestar a ellas sinceramente, recuerda que no hay respuestas buenas ni malas. Marque con un aspa (X) la alternativa QUE SEGÚN TÚ REFLEJA CÓMO VIVE O DESCRIBE MEJOR A TU FAMILIA.

¿Qué tan satisfecho estás tú con:

Nº	PREGUNTA	1	2	3	4	5
1	El grado de cercanía entre los miembros de tu familia.					
2	La capacidad de tu familia para afrontar el estrés.					
3	La capacidad de tu familia para ser flexible.					
4	La capacidad de tu familia para compartir experiencias positivas.					
5	La calidad de la comunicación entre los miembros de la familia.					
6	La capacidad de tu familia para resolver conflictos.					
7	La cantidad de tiempo que pasan juntos como familia.					
8	La forma en que se discuten los problemas.					
9	La imparcialidad de las críticas en tu familia					
10	El interés de tu familia por cada uno de sus miembros.					

De acuerdo con los datos formativos de la Escala de Satisfacción Familiar, se puede clasificar en tres niveles (bajo, medio y alto) según los percentiles, como se muestra en la figura 6.

Nivel	Pc	PD
Bajo	5	10 a 20
	10	21 a 23
	15	24 a 26
	20	27 a 28
Medio	25	29
	30	30
	35	31 a 32
	40	33
	45	34 a 35
	50	36
	55	37
	60	38
	65	39
	70	40
	75	41
Alto	80	42
	85	43 a 44
	90	45
	95	46 a 47
	99	48 a 50

Nota: Pc = percentil, PD = puntaje directo

Figura 6. Datos normativos de la Escala de Satisfacción Familiar (Villarreal, 2017)

Lima, 09 de noviembre de 2017

CARTA Nº 0246 -2017-DG-Nº 0108-OEAIDE/INMP

Alumna

JESSICA IMELDA RAMOS REYES

Investigadora Principal

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Telf.: 95184905

Presente

Asunto: Aprobación de Proyecto de Investigación

Cuantitativo

De nuestra consideración:

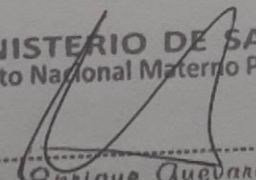
Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, y a la vez manifestarle que el proyecto de investigación titulado: **"RELACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN FAMILIAR Y ESTRÉS EN MADRES DE HIJOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA (UCI) DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2017"**, cuyo tipo de estudio es Cuantitativo; ha sido aprobado por el Comité de Evaluación Metodológica y Estadística en la Investigación y el Comité de Ética en Investigación de nuestra institución, cuya vigencia es hasta el 31 de OCTUBRE de 2018.

En consecuencia, por tener características de ser autofinanciado, se autoriza la ejecución del mencionado proyecto, quedando bajo responsabilidad de la investigadora principal.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal


M.C. Enrique Guevara Ríos
C.M.P. N° 19758 - R.N.E. N° 8746
DIRECTOR DE INSTITUTO



Instituto Nacional Materno Perinatal

F-09

Comité de Ética

Institutional Review Board (IRB)/ Independent Ethics Committee (IEC) N° IRB 5267
Federal Wide Assurance (FWA) for the Protection of Human Subjects for international Institutions N° FWA 9725.

INFORME

Exp. N° 17-16391-1

Título del Proyecto	"Relación entre satisfacción familiar y estrés en madres de hijos hospitalizados en el servicio de neonatología (UCI) del Instituto Nacional Materno Perinatal de Octubre a Diciembre del año 2017"
Investigadores	Jessica Imelda Ramos Reyes Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Financiamiento	Propio
Tipo de Estudio	Cuantitativo
Apreciación	El presente estudio de investigación se desarrollará utilizando dos escalas anónimas, dirigidas ambas a madres de hijos hospitalizados en UCI, población del servicio de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal. Esto con la finalidad de determinar la relación entre los niveles de la satisfacción familiar y estrés parental en dichas madres, lo cual servirá como orientador para desarrollar proyectos de intervención, promoción y/o prevención en temas relacionados a la familia, centradas en apoyo para lograr la superación de la crisis emocional y por ende mejorar la dinámica familiar.
Calificación	Aprobado. Tendrá vigencia hasta el 31 de octubre del 2018. Los trámites para la renovación de aprobación deberán iniciarse por lo menos 30 días antes de su vencimiento

Lima, 31 de Octubre del 2017

MINSAL - IGSS
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Dr. Carlos Pérez Aliaga
Presidente del CIEI

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal

DR. OSCAR ANTONIO LIMAY RIOS
Jefe de la Unidad Funcional de Investigación
Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia F...

Secretaría del CIEI



INFORME TÉCNICO DEL COMITÉ METODOLÓGICO.

F-8

N° DE EXPEDIENTE

17-16391-1

FECHA

30/10/2017

1. Título del
Protocolo

RELACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN FAMILIAR Y ESTRÉS EN MADRES DE HIJOS
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA (UCI) DEL INSTITUTO
MATERNO PERINATAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2017

2. Autor (es)

JESSICA IMELDA RAMOS REYES

Resumen de Evaluación. Poner visto bueno en los espacios dando su conformidad

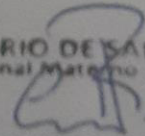
ITEM	Adecuado	Observación
Título de investigación	/	
Descripción del Problema.	/	
Formulación del Problema.	/	
Justificación.	/	
Antecedentes de la investigación.	/	
Bases teóricas.	/	
Definiciones conceptuales.	/	
Objetivos.	/	
Hipótesis.	/	
Tipo de Estudio.	/	
Diseño Muestral	/	
Definición y Operacionalización de variables.	/	
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.	/	
Plan de Recolección de datos.	/	
Plan de procesamiento y Análisis de datos.	/	
Presupuesto.	/	
Cronograma de Actividades.	/	
Referencias bibliográficas	/	
Anexos	/	

APROBACION: SI (☒) NO (☐)



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada
Asesoría Metodológica

Presidente del comité
Metodológico

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal


DR. OSCAR ANTONIO LIMAY RIOS
Jefe de la Unidad Funcional de Investigación
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada
C.M.P. 33100 R.N.E. 14643

Firma del Evaluador
UFI


Juan José Gabriel Ariza Martínez
PSICÓLOGO
C.Ps.P. 23242

Firma del asesor